

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E.A.P DE ODONTOLOGÍA

Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de independencia, Huaraz, 2007

TESIS

para optar el título profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Annabell Adelitha Aguedo Del Castillo

ASESOR

Sylvia Chein Villacampa

Lima – Perú

2008

Jurado de Sustentación

Presidente : Mg. C.D. Elmo Palacios Alva.

Miembro : Mg. C.D. Katia Medina Calderón.

Miembro Asesor: Mg. C.D. Sylvia Chein Villacampa.

*A **Dios**, por demostrarme tantas veces su existencia y con ello darme fuerzas para salir adelante después de cada tropiezo.*

*A **mis padres**, quienes durante todos estos años confiaron en mí; comprendiendo mis ideales y el tiempo que no estuve con ellos.*

*A **mis hermanos**, porque siempre he contado con ellos para todo.*

*A todos aquellos que estuvieron, a los que están y continúan a mi lado, así como a mis amigas: **Susy, Cynthia y Ana María** porque nuestra amistad traspasó las aulas.*

*A **Iván** por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr y que solo depende de mí.*

AGRADECIMIENTOS

A la **Dra. Sylvia Chein Villacampa** por su asesoría y apoyo incondicional para la elaboración de la presente investigación.

A la **Mag. Ysela Agüero** por su apoyo y orientación en los aspectos metodológicos y estadísticos.

A los **diferentes docentes** que revisaron el presente trabajo, apoyándome a través de sus sugerencias y consejos.

A la **Universidad Nacional Mayor de San Marcos** y en especial a la **Facultad de Odontología** por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	13
II. MARCO TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES	17
2.2. BASES TEÓRICAS	32
2.2.1. AUTOMEDICACIÓN	32
2.2.2. DOLOR DENTARIO	45
2.2.3. NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL	52
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	57
2.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	60
2.4.1. ÁREA PROBLEMA	60
2.4.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	61
2.4.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	61
2.5. JUSTIFICACIÓN	62

2.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
2.6.1. OBJETIVO GENERAL	63
2.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63
2.7. LIMITACIONES.....	64
2.8. HIPÓTESIS.....	64
III. MATERIALES Y MÉTODOS _____	65
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	66
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	66
3.2.1. POBLACIÓN	66
3.2.2. MUESTRA	66
3.2.3. UNIDAD DE MUESTRA.....	67
3.2.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	67
3.2.5. CRITERIO DE INCLUSIÓN	67
3.2.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	68
3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	69
3.4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	70
3.4.1. MÉTODOS Y TÉCNICAS	70
3.4.2. PROCEDIMIENTO.....	72
3.4.3. PROCESAMIENTO DE DATOS	73
3.4.4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	73
IV. RESULTADOS _____	75
V. DISCUSIÓN _____	106
VI. CONCLUSIONES _____	111

VII. RECOMENDACIONES	114
VIII. RESUMEN	116
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
X. ANEXOS	129

RELACIÓN DE TABLAS

TABLA N°1. Edad y sexo de la muestra _____	77
TABLA N°2. Ubicación de viviendas de la muestra _____	78
TABLA N°3. Distribucion de la muestra según área poblacional _____	79
TABLA N°4. Nivel socioeconómico-cultural de los pobladores _____	80
TABLA N°5. Prevalencia de la automedicación para el manejo del dolor dentario _____	81
TABLA N°6. Prevalencia de automedicación según tipo _____	82
TABLA N°7. Medicamentos más usados en la automedicación farmacológica _	83
TABLA N°8. Medicamentos más usados en la automedicación tradicional	84
TABLA N°9. Nivel social y automedicación _____	86
TABLA N°10. Nivel económico y automedicación _____	88
TABLA N°11. Nivel cultural y automedicación _____	890
TABLA N°12. Nivel socioeconómico cultural y automedicación _____	92
TABLA N°13. Prevalencia de automedicación según edad _____	94
TABLA N°14. Prevalencia de automedicación según sexo _____	96
TABLA N°15. Prevalencia de automedicación según área poblacional ____	98
TABLA N°16. Persona que aconsejo tomar el medicamento elegido _____	99
TABLA N°17. Efectividad del medicamento y automedicación _____	100
TABLA N°18. Número de veces de utilización del medicamento para calmar el dolor dentario _	102

TABLA N°19.Lugar de adquisición del medicamento _____ 103

TABLA N°20.Tiempo que tardo el medicamento en calmar el dolor dentario __ 105

RELACIÓN DE GRÁFICAS

GRÁFICA N°1. Edad y sexo de la muestra _____	77
GRÁFICA N°2. Ubicación de viviendas de la muestra _____	78
GRÁFICA N°3. Distribucion de la muestra según área poblacional _____	79
GRÁFICA N°4. Nivel socioeconómico-cultural de los pobladores _____	80
GRÁFICA N°5. Prevalencia de la automedicación para el manejo del dolor dentario ____	81
GRÁFICA N°6. Prevalencia de automedicación según tipo _____	82
GRÁFICA N°7. Medicamentos más usados en la automedicación farmacológica	83
GRÁFICA N°8. Medicamentos más usados en la automedicación tradicional	84
GRÁFICA N°9. Nivel social y automedicación _____	86
GRÁFICA N°10. Nivel económico y automedicación _____	88
GRÁFICA N°11. Nivel cultural y automedicación _____	90
GRÁFICA N°12. Nivel socioeconómico cultural y automedicación _____	92
GRÁFICA N°13. Prevalencia de automedicación según edad _____	94
GRÁFICA N°14. Prevalencia de automedicación según sexo _____	96
GRÁFICA N°15. Prevalencia de automedicación según área poblacional _	98
GRÁFICA N°16. Persona que aconsejo tomar el medicamento elegido ____	99
GRÁFICA N°17. Efectividad del medicamento y automedicación _____	100
GRÁFICA N°18. Número de veces de utilización del medicamento para calmar el dolor dentario	102

GRÁFICA N°19.Lugar de adquisición del medicamento _____ 103

GRÁFICA N°20.Tiempo que tardo el medicamento en calmar el dolor dentario 105

RELACIÓN DE ANEXOS

ANEXO 01. Consentimiento informado.

ANEXO 02. Instrumento de recolección de datos: entrevista.

ANEXO 03. Asignación de puntajes para indicadores nivel socioeconómico-cultural.

ANEXO 04. Construcción de los límites de confianza según la escala de estaninos.

ANEXO 05. Fotos de la investigación.

I. INTRODUCCIÓN

La investigación se centra en el tema de la automedicación en referencia al manejo del dolor dentario.

La automedicación, conducta por la cual las personas consumen medicamentos sean tradicionales o farmacológicos sin la debida prescripción médica, es una práctica común en los países en desarrollo y en especial en América Latina.¹

Las consecuencias de esta práctica son numerosas, y dentro del campo odontológico podemos encontrar: incremento en el riesgo de reacciones adversas, aumento de la resistencia bacteriana, encubrimiento de la enfermedad de fondo y disminución de la eficacia del tratamiento por el uso inadecuado e insuficiente de los medicamentos.

Estos efectos negativos se ven aumentados en poblaciones donde debido a la deficiente cobertura, mala calidad de los servicios públicos y conocimientos inadecuados, convierten a la automedicación en una vía rápida de tratamiento.²

En el Perú, reportes del Ministerio de Salud del año 2006, informan que aproximadamente el 55% de la población nacional se automedica, datos preocupantes, si consideramos además que en la actualidad no existen

políticas de salud pública que contemplen alternativas educativas que busquen erradicar esta conducta comúnmente practicada.³

El estudio se realizó en el Distrito de Independencia de la Provincia de Huaraz y determinó la relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores, además de otros datos relevantes relacionados con la automedicación; con el fin de presentar información que permita plantear alternativas de cambio y mejora en la conducta de automedicación de la población.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

MARAVI D., 2006⁴, realizó un estudio observacional y transversal, donde determinó el uso de servicios odontológicos ante problemas buco-dentales según factores sociodemográficos por parte de la población del AA.HH. "Keiko Sofía" de Lima (Perú) durante el mes de Noviembre 2004. Se evaluó un total de 630 personas y se obtuvo 104 (19,62%) que reportaron haber tenido algún malestar, enfermedad o accidente en la boca y/o sus dientes en las últimas cuatro semanas. Las actividades realizadas para solucionar problemas buco-dentales como: acudir a la farmacia, curandero, no buscar atención y automedicación fue de 61.5 % frente a un 38.5 % de los que acudieron a un servicio odontológico; de la misma manera se encontró una tendencia a mayor uso de servicios odontológicos en pobladores de sexo femenino, en grupos de menor edad (menor de 14 años) y pobladores de mayor nivel de instrucción. Se concluyó que existe una alta prevalencia de automedicación en la población estudiada.

BENITES M., 2006⁵, determinó los factores asociados a la automedicación en el Centro de Salud Néstor Gambeta Alta en Lima (Perú); a través de un modelo de regresión logística binaria.

Se desarrolló un estudio caso-control en los pacientes que acudieron al consultorio externo del centro de salud en el periodo de Mayo a Julio del 2005. La muestra fue dividida en 2 grupos de edades, mayores y menores de 15 años. Se diseñó un modelo de regresión logística binaria. Los resultados reportaron que los adultos que automedican a sus menores presentan como factores asociados a la automedicación: la ocupación de trabajador independiente (26,32%), desocupado (27,05%), ama de casa (21,27%), sexo femenino (6,51%) y los síntomas como dolor (11,02%); fiebre (9,65%), congestión nasal (26,70%) y diarrea (10,45%). En personas mayores de 15 años, el único factor asociado a la automedicación fue la ocupación. Se concluye que el modelo de regresión logística binaria es útil para identificar los factores asociados a la automedicación. Personas con trabajo independiente, amas de casa o desocupados; de sexo femenino y en presencia de síntomas como dolor, fiebre, congestión nasal y diarrea constituye factores de riesgo para automedicar a sus niños.

DRHOVA L., 2005⁶, realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar el conocimiento de la población Checa en relación a la automedicación. Llevó a cabo una encuesta, enfocada en el comportamiento de la población en relación al almacenamiento de los medicamentos que no

necesitan prescripción médica para ser adquiridos. Los resultados mostraron que el 68% de los encuestados estaban dispuestos a tomar medicamentos después de la fecha de expedición. El 57 % estableció que acudiría primero a la consulta médica o de un farmacéutico antes de tomar estos medicamentos, en el caso de los infantes, los apoderados acudirían primero a la consulta médica en un 80% y solo 8% optaría por la automedicación. Asumiendo que estas drogas son cubiertas por el seguro médico, 27% de los encuestados irían antes donde el médico, aún cuando ellos podrían adquirir las drogas sin ninguna dificultad. Se concluye que la población Checa asumiría una actitud responsable visitando al médico antes de practicar la automedicación.

TELLO S., 2005⁷, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la prevalencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en la población mayor de 18 años de la ciudad de Chiclayo (Perú), durante enero -marzo del 2005.

La muestra de estudio fue 371 personas mayores de 18 años de los distintos estratos socioeconómicos del distrito de Chiclayo.

Según los resultados la proporción de la automedicación en la población estudiada fue de 44%. Se concluyó la existencia de una alta prevalencia de automedicación en la población estudiada a pesar que la mayor parte

de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio acerca de este tema.

ACHOR M., 2004⁸, estudió las características de la automedicación en una población de estudiantes universitarios a través de una encuesta donde los participantes (138), de forma voluntaria y anónima, completaron el cuestionario; de los cuales 75 (54 %) pertenecían a la Facultad de Medicina y 63 (46 %) a otras facultades. Los resultados con respecto a las características del patrón de automedicación mostraron que el 83% se automedican sin que exista diferencia significativa en ambos grupos y de estos el 89% refirieron haberse automedicado en el último mes. El 61% contestaron que esta práctica podía ocasionarles algún tipo de daño pero ante la pregunta si lo volverían a hacer el 96% contesto que volvería a automedicarse.

El 92% de los padres tenían el hábito de la automedicación y en la gran mayoría (85%) un profesional médico había recetado un fármaco similar con anterioridad.

Concluyendo que la población universitaria en estudio practica la automedicación a pesar de conocer sus riesgos y consecuencias negativas para la salud.

SOTO E., 2003⁹, realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer los patrones de autoatención y automedicación más comunes en estudiantes universitarios. La muestra estuvo conformada por alumnos de la

Universidad Autónoma de Puebla (México) debido a que engloba a gente de todos los estratos socioeconómicos. Fueron omitidas las facultades de Medicina y Enfermería, debido al conocimiento que los estudiantes de dichas facultades tienen sobre los fármacos y sus usos. De los 1859 individuos encuestados, el 96% (1781) aceptó haber consumido alguna vez medicamentos sin recomendación médica, mientras tan solo el 4% (78) dijo nunca haber consumido un medicamento sin recomendación médica. El 97.7% de los encuestados que practican la automedicación habían consumido AINES y combinaciones; el 42.8% consumió mucolíticos; el 33.6% antidiarreicos; el 32.9% antiparasitarios; el 28.8% antimicrobianos sistémicos; el 6.5% ha consumido fármacos tópicos para el tratamiento del acné y el 5.8% anticonceptivos orales. Todos los fármacos anteriores fueron usados sin recomendación médica. El 62% (4785) de los medicamentos fueron utilizados sin conocer sus efectos adversos; en cambio, sólo se refiere conocer los efectos adversos del 38% (2886) de los medicamentos consumidos. El 64% (4873) de los medicamentos fueron adquiridos por la persona que los pretendía usar, mientras que el 36% (2798) fueron adquiridos por terceras personas. Al momento de comprar medicamentos, al 54% (1002) de los encuestados se les había pedido receta médica, en tanto que al 45% (841) nunca se les preguntó por la receta médica para comprar un medicamento. Tan sólo se refirió la presentación de efectos adversos para el 5% (414) de los medicamentos consumidos.

DOD M., 2002¹⁰, realizó un estudio donde hizo la presentación de tres casos de sobredosis no intencional con simples analgésicos. Estos pacientes acudieron al Departamento de Emergencia con dolor dental agudo. En uno de los casos la razón para la atención solicitada era obtener un suplemento mayor de analgésicos. Los pacientes necesitaron admisión para valorar la severidad de la sobredosificación y además indicaciones para el uso apropiado de analgésicos. Ninguno de los pacientes requirió tratamiento para la sobredosis. Estos casos reflejan la falta de educación con respecto a la automedicación.

PEÑUELA M., 2002¹¹, realizó una encuesta personalizada a 350 individuos adultos que acudían a distintos expendios de medicamentos de la ciudad de Barranquilla (Colombia) seleccionados al azar. Se indagó acerca de la existencia de una prescripción médica para adquisición del medicamento, el tipo de medicamento, las características demográficas de las personas para quien se compraban los medicamentos y variables relacionadas con los servicios de salud (afiliación, tipo de régimen y grado de satisfacción con la atención), así como el grado de conocimiento de efectos farmacológicos y adversos de los medicamentos adquiridos. Para el análisis de la información se utilizaron indicadores descriptivos tales como porcentajes y promedios y se realizaron cruces de variables para establecer asociaciones. El análisis de asociación se realizó mediante la razón de disparidad y la significancia estadística por el Chi-cuadrado.

De los 350 individuos encuestados, 194 (55.4%) no tenían prescripción médica para adquirir el(los) medicamento(s). La autoformulación se asoció significativamente a la pertenencia a estratos sociales bajos y al no estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El nivel de desconocimiento de los efectos indeseables de los medicamentos autoformulados fue alto en la población estudiada.

Se concluye que la autoformulación es un problema de alta prevalencia en Barranquilla, la cual se muestra independiente del nivel educativo de la población, mientras que sí está relacionada con el status económico y la falta de afiliación al Sistema de Seguridad Social.

LLANOS L., 2001¹², realizó un estudio donde determinó las características de la automedicación en la zona rural de Cajamarca (Perú). Realizó un estudio transversal analítico, entre diciembre de 1999 y enero del 2000, aplicando una encuesta a 384 jefes de hogar seleccionados de manera sistemática con probabilidad proporcional al tamaño; el muestreo fue probabilístico y polietápico. Se encontró automedicación en 36.19% de hogares, adquiriendo alguna medicación 66.18% de ellos en una farmacia privada. No hubo diferencia significativa en relación con las variables sexo, ocupación y grado de instrucción del jefe de hogar, así como su afiliación a un seguro familiar. Se encontró asociación entre ingreso mayor de 300 nuevos soles y automedicación. El motivo más frecuente mencionado por la población para automedicarse fue: "ya sé que recetan" (41.72%).

Se concluyó que la automedicación es un problema frecuente en zonas rurales de Cajamarca. Los medicamentos son comúnmente adquiridos en farmacias privadas. Sólo se encontró asociación entre automedicación y hogares que tienen un ingreso mayor de 300 nuevos soles.

FIGUEIRAS A., 2000¹³, identificó los factores sociodemográficos asociados a la automedicación. Se realizó un estudio analítico empleando una muestra de 20 311 adultos mayores de 16 años en España. La prevalencia de automedicación encontrada fue de 12.7%. La automedicación fue más prevalente en mujeres, personas que viven solas y personas que viven en grandes ciudades. Para las personas que reportaban desórdenes agudos, la automedicación fue mayor entre los que presentaban niveles educativos más altos. Se concluye que las personas mayores de 40 años, los que viven solos y los estudiantes deben constituir la población objetivo para los programas educativos dirigidos a mejorar el comportamiento frente a la automedicación.

LALAMA M., 2000¹⁴, determinó las características del consumo de medicamentos en la ciudad de Quito (Ecuador). El estudio fue tipo transversal, observacional, de 455 personas escogidas en forma aleatoria, que recibieron fármacos durante los últimos seis meses. El 36% de los encuestados se automedicaron, en particular el grupo de ingresos económicos deficientes (46,58%). La automedicación se observó especialmente en el grupo terapéutico de los analgésicos (46,4%), antibióticos (22,8%) y antiinflamatorios (9,1%). Del total de la muestra,

solo 43% tuvieron información calificada sobre su tratamiento. De los que se automedicaron, 49% se informó por medios publicitarios tipo popular como afiches, boticarios, familiares o amigos; otros medios de información fueron: televisión (42%), prensa (5%), revistas (3%) y radio (1%). La dosis diaria recibida fue incompleta en el 30% de los entrevistados y 68% recibió su tratamiento por el tiempo adecuado. Podemos concluir que la automedicación es un fenómeno importante en la ciudad de Quito, que la información sobre medicamentos no es apropiada, de igual manera que la posología y duración del tratamiento.

SANTANA O., 1998¹⁵, realizó un estudio descriptivo-explorativo de 168 pacientes ancianos correspondientes al consultorio médico de La Familia, para conocer la polifarmacia, automedicación y sobredosis con los efectos sobre la población geriátrica analizada. Se aplicó la encuesta para recoger datos como: edad, sexo, automedicación, sobredosis, polifarmacia, consecuencias de los medicamentos, índice de Katz (Test de Independencia de las actividades diarias), drogas más usadas y principales efectos adversos. El 59,6 % de la serie correspondió al sexo femenino, las mujeres se automedicaron más que los hombres, la polifarmacia fue reportada en el 29,76 % y se produjo sobredosis en el 17,86 %. Se encontró que 25 enfermos utilizaron medicamentos sin prescripción facultativa, la sobredosis por automedicación se reportó en 28 pacientes (93,3 %), predominó el índice de Katz A. Los medicamentos más empleados fueron los psicofármacos y antibióticos y las reacciones

predominantes fueron el síncope y aparición de otros cuadros clínicos. Se concluye que la polifarmacia, automedicación y sobredosis ocurre frecuentemente en la población geriátrica y tiene consecuencias negativas para los ancianos, la automedicación ocurre generalmente, sin prescripción facultativa, y son los psicofármacos y antibióticos los más empleados.

TOBÓN F., 1998¹⁶, realizó un estudio descriptivo para evaluar la automedicación en la comunidad universitaria de la Universidad de Antioquia (Colombia). Se seleccionaron 1263 personas. Se diseñó y analizó una entrevista en la que se encontró que un 97% de los entrevistados se automedicaban. Los restantes 3% no saben o no responden. Las razones para la automedicación son las siguientes: comodidad (no tener que pedir cita), no hacer colas largas, no perder tiempo, economía (se ahorra una consulta), le resuelve su situación más rápido y se siente responsable con su salud. Entre los medicamentos más automedicados están: antibióticos, sedantes, ansiolíticos, antihistamínicos, analgésicos, anticonceptivos orales y broncodilatadores.

El 88% de los entrevistados conocen los factores de riesgo asociados a los medicamentos y, a pesar de ello, los utilizan sin una necesidad real. Los restantes 12% no saben o no responden. La insatisfacción, la diversidad cultural, las diferencias sociales y económicas influyen en la necesidad o no de buscar la consulta médica u odontológica sin automedicarse. Los entrevistados consultaron en un mayor porcentaje al

médico (65%) y en menor proporción al odontólogo (17%) en su última cita. Los demás individuos no recurren al servicio médico-odontológico (17%) o no responden (1%).

En los últimos 6 meses los usuarios del servicio médico-odontológico de la Universidad de Antioquia habían consultado de 1 a 3 veces (62%), de 4 a 6 veces (13%) y 7 o más veces (1%). Los restantes 24% no recurrieron al servicio en este lapso.

El 15% de los usuarios del servicio consideran como una opción de bienestar la utilización de algunas medicinas alternativas. Los restantes no recurren a ellas (72%) o no responden (13%). Se concluye que es necesario diseñar acciones correctivas en la comunidad universitaria, tendientes a lograr un cambio de actitud en el sentido de no automedicarse. Los usuarios deben ser informados sobre los riesgos y estimulados a acudir al médico; complementariamente, el servicio médico de la Universidad debe estar en capacidad de brindar una atención ágil y oportuna.

BASTANTE T., 1997¹⁷, realizó un estudio transversal para evaluar las características de la automedicación en una población de universitarios. Los participantes fueron 341 estudiantes universitarios de las Universidades Autónoma, Complutense y Carlos III de Madrid (España), quienes completaron un cuestionario.

Los resultados fueron concordantes con los estudios previos, tanto en frecuencia de automedicación, como en las diferencias por sexo. Del mismo modo, los grupos farmacológicos predominantes, son los mismos (analgésicos, antigripales y antibióticos). En cuanto a las motivaciones, por las que surge el consumo, la razón más frecuente fue la prescripción previa del fármaco por su médico de cabecera. El consejo farmacéutico sin embargo, no parece tener gran influencia en la automedicación, pese a lo que cabría esperar. Los motivos esgrimidos mayoritariamente por la población encuestada para no acudir al médico fueron: la consideración de levedad del proceso, una sensación subjetiva de dominio de la propia patología y el conocimiento previo del fármaco. En cuanto a la opinión que los estudiantes tienen de la automedicación, resulta claramente desfavorable, a pesar del amplio uso que se hace de ella. Concluyendo, los profesionales médicos deberían adiestrar a la población en el uso del fármaco prescrito.

BOBADILLA J., 1992², realizó un estudio para determinar el consumo de medicamentos previo a la consulta en un hospital. Para determinar la magnitud de este fenómeno en pacientes pediátricos que acuden a una atención de emergencia y determinar que factores determinan este hecho, se realizó un estudio transversal, tipo encuesta, a los familiares de los pacientes que acudieron a los consultorios de emergencia pediátrica de dos hospitales de Lima Metropolitana (Perú). De un total de 187 encuestas, se encontró que 130 (69.5%) de los pacientes habían recibido

algún medicamento antes de la consulta y que de éstos, 113 (86.9%) lo hicieron por automedicación. Los factores hallados que favorecen éste hecho son: ser menor de un año o mayor de 5 años y el hecho de tener un hermano mayor. El grupo de medicamentos más consumidos fue el de los antipiréticos, seguido por los antibióticos y quimioterápicos y el de broncodilatadores-antiasmáticos. Del total de medicamentos consumidos, el 42.4% no eran los adecuados para la enfermedad actual y el 48.6% de las dosis usadas fueron inadecuados y sólo en el 20.3% de las ocasiones el medicamento fue prescrito por un médico. Se concluye que el uso de medicamentos previo a la consulta pediátrica es un hecho frecuente, siendo en casi la mitad de los casos inadecuado, tanto en la elección como en las dosis utilizadas.

MESTANZA F., 1991¹⁸, realizó un estudio para determinar las características del consumo de medicamentos y la automedicación, a través de un estudio prospectivo, transversal y de tipo encuesta en dos farmacias correspondientes a los estratos socioeconómicos alto y bajo. Así, 720 personas, 360 para cada estrato, fueron encuestados al azar, encontrándose en el estrato bajo mayor proporción de menores de edad, de mujeres, de analfabetos y escolaridad incompleta, de amas de casa y trabajadores independientes, dolencias agudas (infecciosas- parasitarias y dérmicas) y en el estrato alto: mayor proporción de consumidores geriátricos, de escolaridad completa y superior, de trabajadores dependientes y profesionales, de dolencias subagudas y crónicas.

(Digestivas, trastornos mentales, cardiovasculares y endocrinológicos). Los medicamentos más solicitados fueron antimicrobianos (ampicilina, cotrimoxazol), antiinflamatorios, antigripales y vitaminas. La automedicación ocurrió en 66.7% del estrato bajo y en 40.6% del estrato alto y se relacionó con: ser menor de edad, menor grado de escolaridad, ser estudiante o trabajador independiente, dolencias agudas (respiratorias y dérmicas).

NÚÑEZ R., 1984¹⁹, realizó una encuesta entre los usuarios del Centro de Salud de Canto Grande (Perú), del Hospital General Base Cayetano Heredia y de sectores residenciales atendidos por práctica privada. Los tres grupos eran representativos de tres diferentes niveles socioeconómicos. Se encontró que el uso de medicamentos previo a consulta es una practica ampliamente difundida (en proporciones todas superiores al 50%) en los tres grupos investigados y que es en los sectores populares de menores ingresos donde el uso de esta modalidad de la medicina popular adquiere una relevancia aun mayor (85%). Se consignaron tres diferentes tipos de autotratamiento: remedios caseros, uso de medicina tradicional y automedicación. Esta última práctica resultó ser la más frecuente en general y en cada uno de los grupos. Los tipos de autotratamiento casero y tradicional, en este orden descendente, tuvieron frecuencias relativamente importantes sólo en los grupos intermedio y principalmente popular, siendo su utilización muy escasa en los sectores acomodados con diferencias que probaron ser estadísticamente

significativas. Asimismo, se verificó que existe una amplia tendencia de uso previo de autotratamiento entre las enfermedades más frecuentes: infecciosas y parasitarias. Se concluye que la medicina popular y el autotratamiento son fenómenos importantes a los que frecuentemente se acude antes de establecer contacto con la medicina profesional.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. AUTOMEDICACIÓN

La automedicación se define clásicamente como el “consumo de medicamentos, hierbas y/o remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico”.⁴

La automedicación implica riesgos por los posibles problemas o eventos relacionados con los medicamentos, que van desde leves hasta graves, según la droga y el usuario. Pueden ser tóxicos en casos de sobredosis, produciendo emergencias accidentales, iatrogénicas o intencionales.¹⁶

Los fármacos tienen funciones terapéuticas, sociales, políticas, culturales y económicas. Las personas se automedican porque, según la cultura, los medicamentos son un elemento muy familiar para ser utilizados por iniciativa propia o por sugerencia de familiares o amigos, sin justificación real, para solucionar signos, síntomas o situaciones de la vida cotidiana. La comunidad no tiene en cuenta al usar fármacos que no existe sustancia química inocua. El uso correcto de los medicamentos, cuando la situación clínica realmente lo amerite, busca que ello sea con el menor riesgo posible.¹⁶

2.2.1.1. FACTORES CAUSALES

Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, destacando los factores sociales como la presión de grupo o de los propios familiares que ofrecen una alternativa para la solución de los

problemas de salud basados en su propia experiencia.¹ También influye el bajo nivel de instrucción de las personas, especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación.²⁰

Dentro de los factores económicos que influyen en la automedicación destacan el desempleo, las malas condiciones de trabajo y de vida de la mayoría de la población y sobre todo el bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los servicios de salud, lo cual se traduce en la falta de prescripción por un profesional capacitado²¹.

Dentro de los factores culturales influyen la falta de acceso y escasa disponibilidad de información lo que permite a las empresas farmacéuticas difundir información sesgada que incita a la población al consumo de fármacos supuestamente muy seguros, esto se aúna a la deficiente educación sanitaria con la que cuenta la población.

Actualmente se debe destacar que en nuestros días los medios de comunicación como la radio y la televisión, influyen en sumo grado en la toma de la decisión del consumo de un fármaco por voluntad propia, lo que facilita que existan altas tasas de automedicación en nuestro país.

2.2.1.2. PREVALENCIA DE LA AUTOMEDICACIÓN

Existen varios estudios hechos en el extranjero y en el Perú que reportan cifras preocupantes:

En un estudio realizado en México en el año 2001 se encontró un resultado destacable en el cual el 80% de los productos expendidos en farmacias eran por automedicación.⁷

En el Perú, López realizó un estudio en 1990, en cuatro ciudades peruanas encontrando un prevalencia de automedicación de 58%²².

Nebot R. y Llauger G., realizaron un estudio en Lima durante el periodo de Mayo-Junio de 1992, donde encontraron una prevalencia de automedicación del 42%.⁷

French C. en 1997 en una encuesta telefónica a asegurados en el IPSS de Lima en personas de todas las edades encontró una frecuencia del 43,89%.⁷

Montalvo C. realizó un estudio en 1999 en sectores urbano- marginales de la ciudad de Chiclayo donde encontró una prevalencia de 39,78%.⁷

Estas tasas de automedicación son preocupantes puesto que las consecuencias pueden ser importantes como: enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados y fomentar de la drogodependencia.

Dentro de la automedicación los fármacos más utilizados pertenecen al grupo de los antibióticos y AINEs.⁷

2.2.1.3. TIPOS DE AUTOMEDICACIÓN

a) Automedicación Farmacológica

La automedicación Farmacológica consiste en tomar “fármacos” que no han sido prescritas por un médico. Teniendo como concepto de “fármacos” a las sustancias biológicamente activas, capaces de modificar el metabolismo de las células sobre las que hace efecto, con fines terapéuticos, diagnósticos o preventivos (profilaxis). Este concepto de fármaco incluye a las drogas, neurotransmisores, hormonas, etc.

La automedicación farmacológica constituye una de las expresiones más modernas de la siempre presente necesidad de hombres y mujeres de velar por su propia salud. Sin embargo, y a diferencia de otras expresiones de los autocuidados; la automedicación tiene, para buena parte de la población y para la mayoría de los médicos, connotaciones negativas. Aunque contrariamente a esta visión, la OMS señala la existencia de un lugar válido para la automedicación en las sociedades desarrolladas.

Todo medicamento tiene efectos secundarios que pueden alterar la salud, especialmente si existe alguna enfermedad o dolencia asociada, si se esta tomando otros medicamentos o, sobre todo, en caso de existir embarazo. Los efectos secundarios más comunes son náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, mareos, somnolencia, urticaria. Pero otros pueden producir alteraciones más graves, e incluso un shock de existir

alergias a su composición. Es así que de padecer una enfermedad, puede que el medicamento la agrave o la complique. La asociación de ciertos medicamentos puede ser peligrosa o anular el efecto de uno de ellos.

b) Automedicación Tradicional

En todos los pueblos del mundo el proceso de salud-enfermedad es una realidad concreta presente en el ciclo de vida de todos los individuos sociales. Desde siempre ha sido una preocupación básica del hombre la observación de sus padecimientos hasta llegar a elaborar complejas concepciones sobre la vida y la muerte, las enfermedades y sus tratamientos. Parte importante del patrimonio cultural de cada pueblo es este desarrollo cognoscitivo, y a partir de él se han conformado sistemas médicos empíricos teniendo como base la apropiación y uso de los recursos naturales del entorno biótico.

Estos conocimientos se han transmitido de generación en generación para preservar la vida y permitir la reproducción y florecimiento de la propia cultura. Miles de años de observación y experimentación empírica han sido necesarios para la evolución de los diversos sistemas médicos empíricos alrededor del mundo, de las concepciones que los fundamentan, así como del conocimiento de plantas, animales y minerales que constituyen los nichos ecológicos. Se han seleccionado los elementos útiles con potencialidades curativas y elaborado taxonomías y diferentes tratamientos para las necesidades de salud que afrontan las sociedades.

Frecuentemente se piensa que la medicina tradicional abarca sólo el manejo de medicamentos naturales o más específicamente, la curación herbolaria. Pero la medicina llamada tradicional es más que eso: es una concepción holística que ubica al individuo en su relación con otros hombres, con la naturaleza y con el universo. Tiene su propia lógica y leyes que entrelazan las percepciones del cuerpo con las del macrocosmo. Por ello, en las enfermedades están incluidas causalidades generadas en esos tres aspectos. La enfermedad es vista como un desequilibrio que se presenta por la falta de armonía o la infracción a las leyes reconocidas en dichas esferas.

El concepto de medicina tradicional es una nominación convencional adoptada recientemente por investigadores de los procesos de salud-enfermedad para referirse a los sistemas médicos empíricos, organizados y fundamentados en las diversas culturas del mundo. Aunque existen generalidades compartidas, cada sociedad ha elaborado un sistema terapéutico complejo que engloba concepciones ideológicas y prácticas terapéuticas, al igual que el desarrollo de especialistas que saben cómo aplicarlas.

El conocimiento de los recursos médicos, si bien es socializado en las culturas como medio de sobrevivencia y reproducción social, en cada pueblo existen determinados sujetos sociales (seleccionados por sus características tanto sagradas como profanas) que reciben, por la transmisión de la tradición, la suma de conocimientos y procedimientos

curativos basados en su propia cosmovisión, es decir en la manera de concebirse a sí mismos y al mundo que los rodea. De esta manera, los hombres del conocimiento, los "que saben ver", los médicos tradicionales, sintetizan la ideología, la gnosis y las técnicas curativas logradas en cada cultura. No sólo manejan perfectamente las taxonomías y los procesos vegetales para determinar el momento preciso y la forma apropiada de recoger las plantas y otros elementos orgánicos en los que sus propiedades requeridas son las óptimas, sino que además conocen el mito de la creación de todo lo existente, de su desarrollo histórico y de sus proyecciones y representaciones culturales; igualmente, el rito que legitima y asegura el equilibrio hombre-naturaleza-cosmos, en su relación simbólica y trascendente con lo sagrado, configurando las normas y valores para existir armónicamente en las relaciones sociales comunitarias, y también, el valor de la palabra para nombrar, premiar el respeto o castigar la infracción a las leyes reconocidas, restableciendo así el orden y el ritmo del microcosmos humano en relación permanente con el macrocosmos donde habitan sus deidades.

La adquisición de esta sabiduría tiene sus reglas y prohibiciones, sus esfuerzos y pruebas, y requiere de la conducción de otro especialista que le antecede, del conocimiento de las fuentes a través de la experiencia directa, al igual que de la reflexión interna para expresar la lógica de su clasificación del mundo profano y sagrado.

El uso y la práctica de este conocimiento es una responsabilidad que implica poder, reconocido y legitimado socialmente. El hombre-medicina, el hombre que cura, para no llamarlo con su nombre específico en cada cultura, tiene la autoridad y el respeto de su comunidad por el gran compromiso de guardar y mantener el bienestar de todos.

La medicina tradicional no es un saber detenido en el tiempo y sólo gloria del pasado. Como elaboración cultural es un acervo dinámico y en constante transformación. Las culturas precolombinas de este continente manifestaron grandes avances que han sido recuperados en su mayor parte por la investigación histórica, arqueológica, etnográfica y botánica.

Como en todas las culturas que han padecido el colonialismo, en las nuestras se dieron pérdidas conceptuales en el choque de cosmovisiones diferentes. También sufrieron la aculturación y con ello el aporte de nuevas técnicas y algunos recursos naturales originarios de otros mundos, que fueron adoptados y aplicados a sus necesidades sanitarias.

Como recurso para la atención a la salud, la medicina tradicional continúa beneficiando a los grupos étnicos de nuestro país y a las culturas populares rurales y urbanas. Como práctica subalterna frente a la medicina oficial, mantiene su eficacia y legitimidad social en un amplio sector de nuestra población.

Hasta ahora el campo de investigación sobre la medicina tradicional ha sido abordado principalmente por la antropología, pero cada vez mayor

número de disciplinas científicas se incorporan para enriquecer el rescate y la revalorización de este patrimonio cultural que ha contribuido sustancialmente a la conservación de la salud humana, al igual que al desarrollo del conocimiento médico autóctono y de sus recursos. Las necesidades actuales de salud en el mundo y la crisis económica de muchos países como el nuestro, hacen indispensable un estudio más profundo de los recursos médicos disponibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la utilización de todos los recursos existentes, sin discriminaciones ideológicas ni políticas, reconsiderando la potencialidad, eficacia y aceptación de las medicinas tradicionales en las culturas populares. Con el objeto de contribuir a mantener la salud para todos los hombres, la OMS recomienda establecer puentes de colaboración entre los diferentes sistemas médicos.

2.2.1.4. LA AUTOMEDICACIÓN EN ODONTOLOGÍA

La automedicación en el ámbito odontológico, con fármacos que precisan receta médica, es muy habitual, sea por reutilización tras una prescripción previa o adquirida directamente en la farmacia.⁴

Por otro lado el incumplimiento de la Ley General de Salud (Ley 26842) en nuestro país agrava el problema, a pesar de que en su artículo 26° establece que el único autorizado para prescribir medicamentos es el médico, mientras que los obstetras y cirujanos dentistas solo pueden hacerlo para medicamentos dentro de su área. En el artículo 33° de la misma Ley se establece que el químico farmacéutico solo está autorizado

para expender medicamentos o recomendar el cambio del mismo por otro de igual acciones farmacológicas así como indicar su correcto uso.^{32,7}

2.2.1.5. FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN

a) Analgésicos.

La automedicación en odontología esta asociado a la búsqueda del alivio del dolor dentario a través principalmente de analgésicos. Las cifras disponibles sobre el consumo de estos medicamentos nos indican una exposición masiva de la sociedad a los analgésicos en todos los grupos de edad y para una amplia muestra de situaciones patológicas. Uno de los riesgos del uso habitual de los analgésicos simples es la Nefritis Intersticial. Se estima que el 11% de todos los casos de Insuficiencia Renal Terminal, cuya incidencia es alrededor de 110 nuevos casos por 1.000.000, es atribuida al consumo de analgésicos.²⁴

En los últimos 15 años, se ha producido una “explosión” de nuevos fármacos que ha permitido grandes avances en el tratamiento de patologías que antes conducían rápida e inexorablemente a la muerte o a grave incapacidad. Fundamentalmente se han introducido cientos de nuevos fármacos para la terapéutica antibacterianos, como así también para el tratamiento sintomático y paliativo, cual es el caso de los AINES por ejemplo, drogas estas muy usadas en la Práctica Odontológica.⁵⁸

El tratamiento no supervisado del dolor se ha complicado al extenderse el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para esta indicación. Su

consumo creciente aumenta los riesgos de efectos adversos, tanto en prescripción médica como en automedicación. La Hemorragia Digestiva Alta presenta una incidencia de 650 casos por millón de habitantes por año de los cuales el 40% son atribuibles al ácido acetilsalicílico y el resto a los AINEs.²³

Entre los Analgésicos más usados en el manejo del dolor dental tenemos: acetaminofen o paracetamol, diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno; Inhibidores de la COX-2, como por ejemplo: meloxicam y nimesulida.⁵⁹ Además de otros como: Etoricoxib, celecoxib, rofecoxib, etc.

b) Antibióticos

Referente a los antibióticos, la mayoría de las personas tienen una gran expectativa cultural sobre estos medicamentos; de ellos se espera la curación definitiva del proceso infeccioso que amenaza al paciente.

La mayor parte de los tratamientos médicos sólo procuran alivio, mejoría o control, tanto en las enfermedades agudas como en las crónicas. Por esta razón, los antibióticos son valorados como el tratamiento definitivo de esa enfermedad, la máxima esperanza de curación al administrarlo. Los antibióticos son solicitados por los pacientes en la consulta incluso a pesar de un diagnóstico que no indica su uso. Otros reutilizan un envase previo guardado en el botiquín casero o van directamente a la farmacia, piden una marca conocida y se la administran a ellos o a sus hijos²⁵.

Alrededor del 25% de los 80 millones de envases anuales de antibióticos son consumidos de esta forma.^{34,35} No solamente este dato indica un mal uso de estos medicamentos sino también que solamente el 6,5% de los pacientes adultos y el 30,3% de los niños cuyos médicos les han recetado un antibiótico, cumplen la posología y la duración adecuada del tratamiento.

Las infecciones odontogénicas son una patología frecuente en la consulta odontológica. Se definen como enfermedades de origen infeccioso que afectan las funciones del sistema estomatognático y que dependiendo de su gravedad, pueden inducir en el huésped el compromiso de órganos vitales por diseminación directa llevando a procesos crónicos e inclusive a la muerte.

De acuerdo a la clasificación de los antibióticos según su estructura química encontramos diferentes grupos, como:

Sulfamidas, penicilinas, cefalosporinas, aminoglucósidos, tetraciclinas, clorafenicol y macrólidos (eritromicina, claritromicina y azitromicina).⁶⁹

Los principales antibióticos de uso odontológico son: amoxicilina, ampicilina, metronidazol, y tetraciclinas.

Sin embargo cabe señalar que existen estudios que refieren un uso desmesurado de antibióticos por parte de Odontólogos para las afecciones bucales, algunos afirman esto debido a que en Odontología "el

uso de antibióticos con carácter preventivo no tiene pautas establecidas, sino que depende del ojo del facultativo y de que si se quiere asumir riesgos o no”.⁶⁰

c) Otros Medicamentos

Cualquier medicamento puede tener un potencial de mal uso. Los medicamentos de venta libre o EFP (Especialidades Farmacéuticas Publicitarias) tienen unas características de menor riesgo que fueron definidas en el año 1986 por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud deben ser eficaces sobre los síntomas que motivan su empleo; han de ser fiables para dar una respuesta consistente y suficientemente rápida; deben ser seguros ya que deben emplearse en situaciones de buen pronóstico y cuya identificación no sea difícil para el profano y, por supuesto, su empleo debe ser fácil y cómodo para que el usuario no requiera precauciones complejas o poco habituales. Además, deben tener un amplio margen terapéutico, lo que quiere decir que los errores en la dosificación no deben tener repercusiones graves. Asimismo, se recomienda que el prospecto contenga especificadas las situaciones donde se deberá consultar a un médico.

Bajo estas condiciones los medicamentos de venta libre pueden permitir una automedicación correcta.

2.2.2. DOLOR DENTARIO

Según STERNBACH, el dolor podría considerarse una asociación de estímulos y respuestas que determinan una experiencia adversa que afecta a la persona la cual quiere liberarse de tal situación.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), lo define como: Experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o descritos en términos de dicho daño.²⁶

2.2.2.1. ORIGEN

El origen del dolor está relacionado con la estructura afectada, así el dolor provocado por las noxas que producen inflamación (infecciones, traumatismos, manipulaciones odontoestomatológicas, autoinmunes y carenciales) pueden afectar diferentes tejidos, originando subsecuentemente el dolor.

a) Dolor somático

Cuando se afectan estructuras como los tejidos gingivales y subgingivales, las estructuras óseas de los maxilares o los vasos sanguíneos. El dolor originado en estas estructuras es captado por los nociceptores que detectan el daño.

b) Dolor neuropático

Aquel que se origina por lesión directa de las estructuras nerviosas (truncos y fibras nerviosas). Un ejemplo de este tipo de dolor es aquel que se denomina dolor dentinal, éste como dijimos anteriormente se origina

por la circulación de líquidos hipertónicos o muy fríos por los túbulos dentinales. Inervando los túbulos dentinales se encontrarían fibras nerviosas nociceptoras de tipo A delta las que detectan el fluido de líquidos dentro de ellos iniciándose así el proceso del dolor. Sin embargo, lesiones inflamatorias de la pulpa dentaria también tienen un componente neuropático puesto que comprometen las fibras sensitivas que se encuentran en ella. Otros dolores de tipo neuropático típico serían la neuralgia del trigémino, que tiene un manejo que corresponde al campo de la neurología.

c) Dolor visceral

Es aquel que se origina en las cápsulas de las vísceras sólidas (riñones, hígado) y en las vísceras huecas sean por que se distienden o contraen exageradamente (estómago e intestinos). En el ámbito de la odontología y más propiamente en el campo de la cabeza y cuello la lesión de las glándulas salivales puede producir este tipo de dolor.

2.2.2.2. TIEMPO DE DURACIÓN DEL DOLOR

Diferenciar al dolor de acuerdo a su duración es de mucha importancia, puesto que contribuirá al diagnóstico de la patología de fondo (función biológica o de alerta del dolor), y consecuentemente el tipo de tratamiento a aplicar.

El dolor en términos generales se clasifica según su tiempo de duración:

a) Dolor Agudo

Si dura menos de tres meses.

b) Dolor Crónico

Si dura más de tres meses.^{26,27}

2.2.2.3. INTENSIDAD DEL DOLOR

La intensidad del dolor ha sido muy difícil de determinar dado su fuerte componente subjetivo. En la actualidad se han diseñado diversos métodos para medir la intensidad del dolor, tales como las diferentes escalas para su medida:

Escala Análoga Visual del Dolor, Escala Facial del Dolor, escalas que toman diversos criterios (escalas para niños) para determinar la intensidad del dolor. Estas escalas, aunque fáciles de practicar en la clínica diaria, se usan preferentemente para la investigación. En la práctica diaria la intensidad del dolor generalmente es referida por el paciente; es una premisa para los estudiosos del dolor el «creer» en el dolor referido por el paciente y nunca poner en duda su referencia.²⁶

Sea por la referencia del paciente o mediante la utilización de alguna escala para medir la intensidad del dolor, se pueden determinar en forma general tres niveles de intensidad.

a) Dolor de intensidad leve

Es aquel dolor que independiente de su origen no compromete las actividades diarias de quien lo padece, se puede sobrellevar y el

tratamiento es de demanda opcional; en la escala análoga del dolor es aquel que se encuentra por debajo de 4.

b) Dolor de intensidad moderada

Aquel que demanda tratamiento inmediato, de no aliviarse puede interferir con las actividades diarias de quien lo padece y crear un estado de ansiedad moderada.

c) Dolor severo

Es aquel que interfiere claramente con las actividades del paciente, postra e inmoviliza al paciente y crea un estado de ansiedad extrema; demanda tratamiento urgente.

En el ámbito odontológico se considera por ejemplo como causa de dolor de máxima intensidad, es decir dolor severo al producido por la cirugía para la extracción de terceros molares, que no sólo es la más traumática y dolorosa sino que puede ser más intensa horas después del procedimiento. Se acepta que los procedimientos que comprometen el tejido óseo son los de más severa intensidad, a diferencia de la cirugía de tejidos blandos o las extracciones simples que producen dolor moderado en su mayoría.

Independiente de la duración del dolor o su origen tisular, la intensidad establece muchas veces la conducta terapéutica.

2.2.2.4. DIMENSIONES DEL DOLOR

La sensación dolorosa se estudia desde un enfoque integral es decir asumiendo su carácter multidisciplinario en la que participan los siguientes componentes:

a) Sensorio – Discriminativos

Con el predominio de episodios somáticos y neurofisiológicos mediados por diversas interacciones bioquímicas.

Este componente nos permite identificar, modular y transmitir la información sensorial, dando cuenta del inicio, duración, intensidad y localización del dolor.

b) Afectivo – Motivacionales

Está dado por la activación de fenómenos afectivos y cognoscitivos de experiencias previas, que controlan y modulan en grado variable la conducta dolorosa.

2.2.2.5. TIPOS DE DOLOR

Se reconocen básicamente tres tipos de dolor:

a) Dolor Agudo.

Su característica predominante es el estímulo sensorial, este tipo de dolor cumple la función biológica de alerta; avisa o advierte que se está produciendo un daño en algún lugar del cuerpo; ante el cual, el organismo responde en forma automática con reflejos somáticos (contracción de los músculos faciales que originan una expresión de "rictus de dolor", su

duración es breve, tiende a disminuir y produce reacciones de adaptación neurovegetativa (aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial o la sudoración de las manos, Diaforesis, Polípnea, Midriasis). El componente psicógeno principal es de ansiedad, pudiendo presentarse también ira y temor; el dolor persistirá en cuanto dure la injuria a los tejidos, como en el caso de un proceso infeccioso agudo, con colección purulenta y que no tiene una vía de drenaje; bastará con efectuar dicho drenaje y el dolor cesará.

Adicionalmente tiene una respuesta motora de flexión y reacomodo de la postura.

El dolor agudo es probablemente el más frecuente dentro del campo de la odontología. Tanto el dolor de tipo inflamatorio (somático y neuropático) y el dolor dentinal (neuropático).

b) Dolor Crónico

El dolor de tipo crónico, infrecuente en el campo de la odontología, tiene la característica de aumentar progresivamente, producir una nueva adaptación del organismo (nueva homeostasis), donde los signos de tipo simpático no predominan, más bien producen en el paciente sentimientos de sufrimiento y depresión y pueden presentar signos vegetativos de insomnio, disminución de la libido y adinamia. Más allá de la duración de un período de tres meses, esta presenta una alteración psicológica que conlleva a una conducta dolorosa exagerada. Ante estímulos nociceptivos

mínimos o difícilmente identificables clínicamente, el paciente refiere experiencias dolorosas severas, por lo que la valoración del componente afectivo -motivacional, es muy importante para su diagnóstico y manejo.

Cuando se presenta un dolor crónico sin una causa determinada muchas veces corresponde a impulsos nerviosos que se prolongan a la periferia, como la zona bucal, maxilar superior o inferior, según sea el caso de lesiones neurológicas profundas. Este tipo de dolor puede ser la explicación de las diferentes neuralgias.

Estos trastornos deben tener un enfoque multidisciplinario ya que muchas veces obedecen a problemas de carácter psicosomático, o a eventos neuropáticos.

Como ejemplos de dolor facial crónico, podemos citar a la neuralgia Postherpética, la neuralgia Trigeminal, Neuralgia Trigeminal atípica y el síndrome de disfunción temporomandibular^{26 26}.

c) Dolor de Origen Maligno

Se define como un "dolor agudo de larga duración". El paciente manifiesta predominantemente dolor somático, cuyas manifestaciones pueden estar modificadas o no por el proceso afectivo, pero su actitud hacia el sufrimiento orgánico es en general muy positivo, tratando de aprender a manejar sus síntomas, y cooperar con su tratamiento.

El dolor relacionado a lesiones malignas tendrá diferentes características e intensidad, y estará en relación al estado de avance de la enfermedad.

Las lesiones tumorales primarias pueden causar dolor localizado, aunque hay que considerar que en algunos casos de metástasis, será el primer síntoma que refiere el paciente.

En los estadios avanzados el dolor es causado por compresión de fibras nerviosas, vasos sanguíneos o vísceras, o por necrosis, infección o inflamación.

En los estadios iniciales puede estar causado por inflamación, edema o destrucción tisular, infiltración de nervios o vasos sanguíneos, o infiltración o compresión de tejidos en los que se hallan los nociceptores.

2.2.3. NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL

El nivel socioeconómico-cultural es una dimensión muy utilizada recientemente por numerosas investigaciones^{67,68}, debido a que engloba definiciones como: nivel social, nivel económico y nivel cultural; las cuales reflejan el momento y contexto en el que se desarrollan los individuos en un determinado lugar. Para su mejor comprensión desarrollaremos las definiciones de los términos que dieron origen a esta dimensión:

2.2.3.1. NIVEL SOCIAL

El concepto determina términos como la *posición social* de un individuo; cuya definición se determina básicamente por criterios económicos y sociales. Es, por tanto, una jerarquización donde el criterio de pertenencia lo determina la relación del individuo con la actividad económica, su lugar

respecto de los medios de producción y la pertenencia a grupos sociales.⁶²

La clase social a la que pertenece un individuo determina oportunidades de vida en aspectos que no se limitan a la situación económica en sí misma, también a las maneras de comportarse, los gustos, el lenguaje, las opiniones e incluso las creencias éticas y religiosas.⁶³

El grupo ejerce sobre los individuos una presión con el fin de que cada individuo tenga un comportamiento conforme a las normas del grupo social al que pertenece.⁶⁴

2.2.3.2. NIVEL ECONÓMICO

El nivel económico es una dimensión fundamental del estudio de las poblaciones y mercados, particularmente en contextos donde el ingreso determina comportamientos y escenarios de consumo diversos.⁶⁵

Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar: bienes; por ejemplo: T.V. color con control remoto, teléfono, refrigerador, videograbador/reproductor, secarropas, lavarropas, tarjeta de crédito del principal sostén del hogar, computadora personal, acondicionador de aire, automóvil, etc.

Existen diversos criterios para la determinación el nivel socioeconómico, como por ejemplo los utilizados por la Empresa de APOYO (Opinión y Mercado), quienes utilizan por ejemplo: el perfil del hogar, características del hogar, número de hogares por vivienda y miembros del hogar,

miembros mayores y menores de edad, género y edad de los miembros del hogar, tipo de hogar según su composición, educación de los miembros del hogar, educación del jefe hogar, tipo de ocupación de los miembros del hogar, miembros con trabajo permanente y eventual, miembros que contribuyen económicamente y miembros que trabajan y no contribuyen, principal fuente de ingreso, ingreso familiar mensual, gastos compartidos entre miembros del hogar , tenencia de ahorros, características de la vivienda, propiedad y origen de la vivienda, tipo de vivienda, abastecimiento de agua y servicio higiénico, número de ambientes y dormitorios, tenencia de propiedades, bienes y servicios, tenencia de artefactos en el hogar, tenencia de servicios en el hogar.

En referencia al jefe de hogar, Apoyo toma en consideración los siguientes indicadores: Idiomas o lenguas, nivel de educación, Ocupación, Tipo de trabajador dependiente (público / privado), Remuneración adicional del trabajador dependiente, ocupación principal, pertenencia a instituciones, afiliación a seguros y previsión, consumo de medios de comunicación, Televisión de señal abierta, Televisión por cable, Radio, Diarios, Revistas, Hábito y lugar de uso de computadora, Conocimiento y uso de Internet, Frecuencia de uso de Internet, Tenencia de correo electrónico y Deportes que practica.²⁸

2.2.3.3. NIVEL CULTURAL

La cultura es una abstracción, es una construcción teórica a partir del comportamiento de los individuos de un grupo. Por tanto, el conocimiento de la cultura va a provenir de la observación de los miembros de ese grupo, que se va a poder concretar en patrones específicos de comportamiento.⁶⁶

Cada individuo tiene su mapa mental, su guía de comportamiento: su cultura personal. Mucha de esa cultura personal está formada por los patrones de comportamiento que comparte con su grupo social, es decir, parte de esa cultura consiste en el concepto que tiene de los mapas mentales de los otros miembros de la sociedad. Por tanto la cultura de una sociedad se basa en la relación mutua que existe entre los mapas mentales individuales.⁶⁴

La definición de cultura según diferentes autores:

Spradley & Mc Curdy (1975): es el conocimiento adquirido que las personas utilizan para interpretar su experiencia y generar comportamientos.

Collingwood: es todo lo que una persona necesita saber para actuar adecuadamente dentro de un grupo social.

Sin embargo, estas definiciones no mencionan los artefactos (herramientas, útiles, etc) que provienen y son parte de la cultura de los pueblos.

Los conceptos de Cultura y Sociedad son frecuentemente definidos por separado pero debemos saber que entre ellos hay una profunda conexión.

Cultura se refiere a los comportamientos específicos e ideas dadas que emergen de estos comportamientos, y Sociedad se refiere a un grupo de gente que “tienen, poseen” una cultura.

La Cultura es siempre un Código Simbólico, donde se comparten esos mismos símbolos (entre ellos la lengua) lo que les permite comunicarse eficazmente entre ellos.

La cultura es un sistema arbitral: no hay reglas que obliguen a elegir un modelo; cada cultura ostenta su propio modelo de comportamiento cultural.

La cultura es aprendida, no es genética, no es interiorizada por instinto; una persona es el profesor (enseñador) de otra (en muchos de los casos la madre, el padre, el tío, etc).

La cultura es compartida, es necesario que todos los miembros tengan los mismos patrones de cultura para poder vivir juntos, por eso se comparte la cultura a través de la infancia, cuando se está introduciendo a los niños en la sociedad, es decir, se les está socializando (un proceso de socialización).

La cultura es todo un sistema integrado, donde cada una de las partes de esa cultura está interrelacionada con, y afectando a las otras partes de la cultura.

La cultura tiene una gran capacidad de adaptabilidad, está siempre cambiando y dispuesta ha acometer nuevos cambios.

El nivel de cultura de un individuo o de un grupo es el sentido que tienen los fenómenos y eventos de la vida cotidiana para ellos. No es solo un complejo de esquemas concretos de conducta, costumbres, usanzas, tradiciones y hábitos, sino como una serie de mecanismos de control como planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones que gobiernan la conducta.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

AINES: Siglas de Antiinflamatorios no esteroides, los cuales son medicamentos de uso común que impiden o detienen la inflamación, entre ellos tenemos: Aspirina, Ibuprofeno, Ketorolaco, Naproxeno, etc.

Automedicación: Uso que un enfermo hace, al margen de la prescripción médica, de aquellos medicamentos que considera adecuados para remediar su afección.

Automedicación farmacológica: Tipo del manejo del dolor dentario de los sujetos en estudio a través de medicamentos.

Automedicación tradicional: Tipo del manejo del dolor dentario de los sujetos en estudio a través de elementos de origen natural.

Dolor: Sensación aflictiva de una parte del cuerpo

Emplastos: Preparación medicinal consistente en aplicar una o varias hierbas sobre la parte externa del cuerpo para aliviar el dolor o limpiar heridas.

Latencia de un medicamento: Período que transcurre entre el momento de ser administrado un medicamento hasta cuando se produce su efecto farmacológico en el organismo.

Medicamento de origen vegetal: Medicamentos cuyo origen derivan del reino vegetal (hojas, frutos, semillas, etc.); por ejemplo tenemos: clavo de olor, ajos, higo, etc.

Medicamento de origen animal: Destacan como fuente de medicamentos los aceites de animales los sueros animales, usados para neutralizar los efectos de algunas infecciones, por ejemplo: orina, sangre de vaca, etc.

Medicamento de origen mineral: Es el caso de las sales utilizadas de aluminio para paliar la acidez de estómago, o del talco para aliviar el picor y como base de pomadas.

Nivel cultural: Esquemas concretos de conducta, costumbres, tradiciones y hábitos, así como una serie de mecanismos de control como planes,

recetas, fórmulas, reglas, instrucciones que gobiernan la conducta de determinado individuo o población..

Nivel económico: Dimensión basada en la economía familiar que se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar:

Nivel social: Dimensión que corresponde a la estratificación de la población según sus condiciones de vida material y sus prácticas sociales o de interacción con la sociedad.

Nivel Socioeconómico-cultural: Dimensión del estudio de las poblaciones que involucra los conceptos de dimensión cultural, social y cultural.

2.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.4.1. ÁREA PROBLEMA

La automedicación en poblaciones de bajos recursos es uno de los principales problemas de salud pública. Ello puede incrementar las reacciones adversas, la resistencia antimicrobiana y los costos, ocasionando en la persona un riesgo elevado, evitable, caro e ineficaz. Según estudios del MINSA²⁹ la prevalencia de automedicación en el Perú es del 55% aproximadamente.

Específicamente en el área odontológica podemos decir que el dolor dentario es una de las principales causas de automedicación esto debido a que las personas en su gran mayoría no visitan los servicios odontológicos para tratamientos preventivos o restauradores, sino que manejan el dolor por medio del consumo de medicamentos o la utilización de sustancias naturales con propiedades curativas³². Esta última situación se evidencia con mayor frecuencia en las ciudades del interior del país debido a las costumbres y tradiciones ancestrales. Allí, la medicina tradicional suple dichas carencias a través del uso de sustancias medicinales naturales de origen vegetal, animal o mineral donde el costo es mucho menor que el de los fármacos y en muchos casos de gran efectividad³³; sin embargo las consecuencias de esta práctica son numerosas, podemos enunciar algunas: Incremento en el riesgo de

reacciones adversas, el aumento de la resistencia bacteriana, el aumento de los costos en salud, el encubrimiento de la enfermedad de fondo con las complicaciones por la misma y la disminución de la eficacia del tratamiento por uso inadecuado o insuficiente de los medicamentos son algunas de ellas.

Adicionalmente numerosos estudios han tratado de encontrar los factores que influyen en el comportamiento de automedicación; encontrando diversos factores, algunos de ellos relacionado al nivel de cultura de la población así como al entorno social y económico de los mismos.

2.4.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio estuvo centrado en determinar la relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico y cultural de los pobladores del distrito de Independencia, ubicado en la provincia de Huaraz.

Asimismo determinar algunas características del uso de la automedicación, como la procedencia del medicamento que adquieren, la persona que lo recomienda y la efectividad del mismo según el criterio del individuo.

2.4.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Independencia, provincia de Huaraz, el año 2007?

2.5. JUSTIFICACIÓN

La automedicación se origina por diversas causas y en su prevalencia influyen diferentes factores. Sin embargo estudios previos demuestran que está profundamente influenciado por las condiciones socioeconómico-culturales de la persona y la influencia de la publicidad farmacéutica en los diferentes medios de comunicación.⁷

Dado que la automedicación es un problema de Salud Pública en nuestro país, así como en muchos otros países, se sustenta la necesidad de diseñar y ejecutar políticas y estrategias que permitan informar a la población sobre la importancia de acudir a los servicios profesionales cuando se requiera un tratamiento farmacológico. De modo que la población pueda asumir actitudes adecuadas y conductas saludables frente a la automedicación.

La información obtenida de esta investigación y su aporte permitirá en principio concientizar de este problema no solo a la población, sino a promover la participación activa de los profesionales de la salud, específicamente odontólogos, en la tarea de ayudar a los pacientes y sus familias a cuidar y restablecer su propia salud de la manera adecuada.

Es una obligación y a la vez un reto concientizar a la población sobre la necesidad de adoptar hábitos y conductas de auto cuidado responsables en los que la automedicación debe ser erradicada.¹⁶

2.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.6.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, 2007.

2.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores objeto de estudio.
- Determinar la prevalencia de automedicación para el manejo del dolor dentario de la población en estudio.
- Determinar el tipo de automedicación más prevalente y precisar el medicamento más usado en cada uno de ellos.
- Determinar la relación entre la automedicación y el nivel social de la población en estudio.
- Determinar la relación entre la automedicación y el nivel económico de la población en estudio.
- Determinar la relación entre la automedicación y el nivel cultural de la población en estudio.
- Determinar la prevalencia de automedicación según edad, sexo y área poblacional.

- Determinar las características del comportamiento de la automedicación de la población en estudio: Persona que recomienda la automedicación, efectividad del medicamento, número de veces que se utiliza el medicamento, así como procedencia y tiempo de latencia del mismo.

2.7. LIMITACIONES

La investigación se realizará en el área epidemiológica del manejo del dolor dentario tomando como referencia la opinión recogida de la población en estudio; no se tomará en cuenta los aspectos clínicos del dolor dentario.

2.8. HIPÓTESIS

2.8.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe una relación inversa entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del Distrito de Independencia, provincia de Huaraz en el año 2007.

2.8.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Existe una mayor correlación entre la automedicación y el nivel cultural de los pobladores del Distrito de Independencia, provincia de Huaraz en el año 2007.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal y retrospectivo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio fueron los adultos mayores de 18 años del Distrito de Independencia de la Provincia de Huaraz que según el último censo del año 2005 corresponden a 40,091 habitantes.

3.2.2. MUESTRA

Se realizó en base a la información dada por el INEI a través del último Censo 2005. La muestra fue de 400 pobladores determinada por la siguiente fórmula:

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Descripción:

n = Tamaño de la muestra requerido.

t = Nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1.96)

p = Prevalencia de automedicación el Perú (0.5)

m = Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05~0.049)

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5(1-0.5)}{(0.049)^2}$$

$$n = 400$$

3.2.3. UNIDAD DE MUESTRA

La unidad de muestra estuvo conformada por los adultos mayores de 18 años que habitaban en el distrito de Independencia.

3.2.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El método de muestreo utilizado para la selección de la muestra fue **probabilístico**. La técnica de muestreo que se realizó fue **aleatorio simple**.

3.2.5. CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Ser habitante del Distrito de Independencia.
- Residir en uno de los centros poblados con más de 30 viviendas seleccionadas.
- Ser mayor de edad
- Tener dominio del idioma español.
- Haber padecido de dolor dentario.

- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.(Anexo 01)

3.2.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presentar alguna condición psíquica o mental perceptible que le imposibilite comunicarse, contestar con exactitud y veracidad.
- Se excluirá a la población quechua hablante debido a que la investigadora no manejan este idioma; sin embargo consideramos que no será relevante pues según datos del INEI (2007) la población quechua hablante a nivel de Ancash es del 31,6%.⁴²

3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIAS
AUTOMEDICACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTARIO	Uso que el individuo hace al margen de la prescripción médica de aquellos medicamentos que considera adecuados para calmar el dolor dentario.	Tipos de Automedicación	Automedicación Farmacológico.	Preguntas 2 y 3 del cuestionario	Nominal	AINES- Antibióticos - Cera dental - Preparados - No recuerda
			Automedicación Tradicional	Preguntas 2 y 4 del cuestionario	Nominal	Vegetal - Animal - Mineral - Emplastos - No recuerda
			Ambos	Pregunta 2 del cuestionario	Nominal	Automedicación Farmacológico - Automedicación Tradicional
		Características de la Automedicación	Persona que lo recomienda.	Pregunta 8 del cuestionario	Nominal	Persona que lo recomienda Padres - Otros parientes - Amigos - Farmacéutico - Por decisión propia
			Efectividad del medicamento.	Pregunta 5 y 7 del cuestionario	Nominal	Efectividad del medicamento S - No
			Procedencia del medicamento.	Pregunta 9 del cuestionario	Nominal	Procedencia del medicamento Farmacia - Bodega - Botiquín familiar - Amigos - Otros
			Tiempo de latencia del medicamento.	Pregunta 6 del cuestionario	Nominal	Tiempo de latencia del medicamento Al instante (10m) - Corto tiempo (30m) - Largo tiempo (1h) - No calmó
NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL	Característica asignada por la suma de los datos del nivel social, económico y cultural del individuo y categorizada como: Medio alto (42-57), Medio (29-41), Bajo (16-28) y Muy Bajo (4-15).	Nivel Social	Ubicación de la vivienda		Ordinal	Medio -Alto 12-15ptos
			Principal actividad laboral			Medio 8- 11 pto
			Organizaciones sociales a la que pertenece			Bajo 4- 7 pto
			Principal actividad realizada en su tiempo libre			Muy Bajo 0- 3 pto
		Nivel Económico	Promedio de ingreso mensual		Ordinal	Medio -Alto 19-26 pto
			Principal material de la vivienda			Medio 13- 18 pto
			Pertenencia de la vivienda			Bajo 7- 12 pto
			Servicios con los que cuenta la vivienda			Muy Bajo 1- 6 pto
		Nivel Cultural	Idioma que domina		Ordinal	Medio -Alto 12- 16 pto
			Grado de Instrucción			Medio 9- 11 pto
			Medios de Información			Bajo 6- 8 pto
			Preferencias de programas de Televisión			Muy Bajo 3- 5 pto

* Cuestionario utilizado en la presente investigación. (Anexo 02)

3.4. MATERIALES Y MÉTODOS

3.4.1. MÉTODOS Y TÉCNICAS

La metodología consideró a individuos mayores de 18 años que hayan padecido por lo menos una vez de dolor dentario y que además consintieron voluntariamente a participar. (Anexo 01)

La técnica de muestreo que se realizó fue **aleatorio simple**.

El método de recolección de datos aplicado fue la **encuesta** para la **parte 1 y 2 del cuestionario** y la **entrevista (colocar referencia)** para la **parte 3**, la estructura del cuestionario utilizado se muestra en el Anexo 02, el cual constó de las siguientes partes:

Parte 1: Datos de filiación. Que permitieron caracterizar a la población de estudio.

Parte 2: Datos del Nivel Socioeconómico-cultural. Esta segunda parte constó de 12 preguntas cerradas de respuesta múltiple divididas en 3 grupos, nivel social, económico y cultural; las cuales a través de la tabla de puntajes determinaron el nivel socioeconómico-cultural de los individuos estudiados. Cada pregunta tuvo 5 alternativas de respuesta y a cada alternativa le correspondió un puntaje. En el Anexo 03 se presenta la asignación de puntos de cada indicador, según los niveles mencionados; dicha puntuación también fue validada a través del juicio de expertos.

Se obtuvo un puntaje para cada nivel: social, económico y cultural. Luego se utilizó la escala de estaninos para clasificar el puntaje en cuatro categorías.

La construcción de los límites de confianza utilizados para la distribución de los puntajes en las cuatro categorías figura en el Anexo 04; se determinó 4 niveles socioeconómico-culturales: **medio-alto, medio, bajo y muy bajo.**

Finalmente, la determinación del nivel socioeconómico-cultural de los individuos encuestados, fue establecida mediante la **suma de los puntajes obtenidos por cada individuo para cada dimensión** (nivel social, nivel económico y nivel cultural).

Parte 3: Datos del manejo del dolor y automedicación. Compuesta por 9 preguntas, permitió determinar la prevalencia y el tipo de automedicación en la población estudiada, así como permitieron recopilar información adicional sobre el comportamiento y características de la automedicación en los individuos estudiados. Cabe señalar que, si bien es cierto que **el principal método de recolección de datos fue la Encuesta, en esta parte del cuestionario se recopiló la información a través de la Entrevista**, debido a la complejidad de inferencia que debía realizarse para elegir la alternativa correspondiente basada en la definición de términos.

Validación del Instrumento. El instrumento fue validado inicialmente a través del método de Juicio de expertos, formado por dos sociólogos de conocida trayectoria de la ciudad de Huaraz, luego se realizó una prueba piloto en un distrito cercano de la Provincia de Huaraz (Restauración), tomando el 10% de la muestra establecida en este estudio. Así, se determinó la confiabilidad del instrumento aplicando la prueba estadística Alfa de Cronbach, que permitió garantizar la consistencia interna del instrumento y reducir el margen de error.

3.4.2. PROCEDIMIENTO

En cumplimiento de los criterios de inclusión solo se consideraron las viviendas de los centros poblados con más de 30 viviendas. Estas correspondieron a 57 centros poblados.

Se solicitó el respectivo permiso a la Municipalidad del Distrito de Independencia para la realización de las entrevistas programadas casa por casa.

Además se solicitó a la Municipalidad de Independencia, el listado de las viviendas registradas y el plano de ubicación correspondiente.

El número de viviendas seleccionadas por centro poblado se determinó en proporción a la cantidad de viviendas de cada uno.

Una vez obtenido el número de viviendas por centro poblado se realizó un sorteo de las viviendas a visitar mediante el método de muestreo aleatorio

simple (las viviendas se encontraban numeradas en los planos y registros proporcionados por la Municipalidad de Independencia).

El proceso de recolección de datos se realizó en los meses de Julio y Septiembre del 2007 en el horario de 8:00 am – 6:00 pm. Se visitaron las viviendas seleccionadas y se aplicó la encuesta al individuo que se encontraba disponible y que cumplía con los criterios de inclusión. En los casos en los que no se encontró a ninguna persona en la vivienda se procedió a visitar la vivienda contigua del lado derecho y así se completó el tamaño de muestra establecido.

3.4.3. PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de la aplicación del instrumento, los datos fueron procesados de manera automatizada, en una computadora Pentium IV, utilizando los siguientes Softwares:

Procesador de texto Microsoft Word 2007, Microsoft Excel 2007, Programa Estadístico SPSS 12

3.4.4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de la información se realizó mediante la aplicación de la estadística descriptiva (tablas de frecuencias y porcentajes, gráficos de barras) y la estadística inferencial para la comprobación de las hipótesis y el cumplimiento de los objetivos. Se utilizó las siguientes Pruebas estadísticas:

Coeficiente V de Cramer: Medida del grado de asociación que se basa en Chi cuadrado. Tiene un valor entre 0 y 1. El 0 corresponde a ausencia de asociación y 1 a asociación perfecta, valores cercanos a $v > 0.3$ indican mediana asociación.

Coeficiente de correlación de Pearson (r): Es un índice que mide la magnitud de la relación lineal entre 2 variables, así como el sentido, positivo o negativo, de dicha relación. Indica en qué grado 2 variables X e Y fluctúan simultáneamente, es decir cuánto aumenta X al aumentar Y (correlación positiva), o cuánto aumenta X al disminuir Y (correlación negativa).

IV. RESULTADOS

TABLA N°1.EDAD Y SEXO DE LA MUESTRA

Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

GRUPO ETAREO (años)	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Menos de 30	76 19.00%	81 20.25%	157 39.25%
30 - 39	31 7.75%	46 11.50%	77 19.25%
40 - 49	33 8.25%	39 9.75%	72 18.00%
50 - 59	25 6.25%	29 7.25%	54 13.50%
60 a más	17 4.25%	23 5.75%	40 10.00%
Total	182 45.50%	218 54.50%	400 100.00%

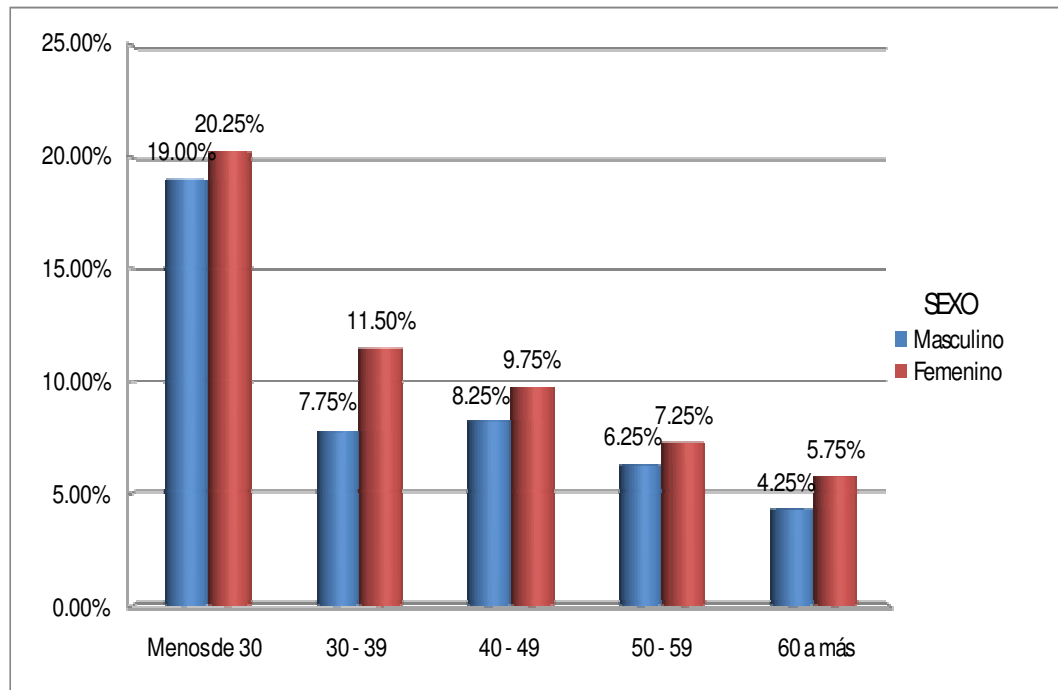
*** Porcentajes distribuidos por edad y sexo.**

Se observó mayor porcentaje de la muestra en el rango de menores a 30 años (39.25%) y el menor se encontró en el rango de 60 a más años (10.00%), con una media de 37.62 ± 14.82 años. Las edades mínima y máxima fueron 18 y 85 años, respectivamente

Se observa también predominancia del sexo femenino en todos los rangos de edades.

GRÁFICA N°1. EDAD Y SEXO DE LA MUESTRA

Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos por edad y sexo.**

TABLA N°2. UBICACIÓN DE VIVIENDAS DE LA MUESTRA

Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

UBICACIÓN DE LA RESIDENCIA	NÚMERO DE RESIDENTES
Barrio	254 63.50%
Urbanización	73 18.25%
Caserio	35 8.75%
Centro Poblado	38 9.50%
Total	400 100.00%

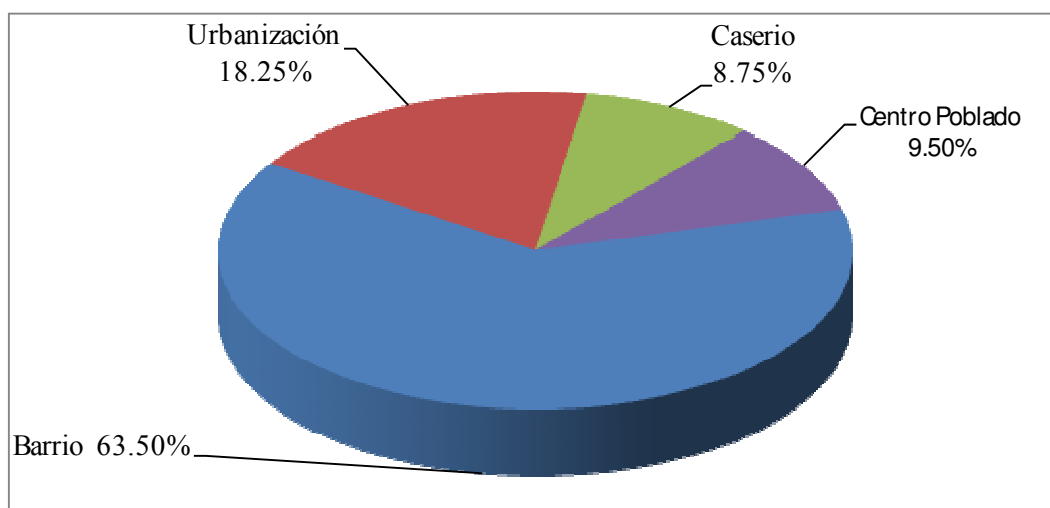
***Porcentajes distribuidos por categorías.**

****Categorización brindada por la Municipalidad del distrito.**

Se observa que el mayor porcentaje de pobladores viven en barrios (63.5%) y el menor porcentaje en caseríos (8.75%).

GRÁFICA N°2. UBICACIÓN DE VIVIENDAS DE LA MUESTRA

Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



Porcentajes distribuidos por categorías.

****Categorización brindada por la Municipalidad del distrito.**

TABLA N°3.DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN ÁREA POBLACIONAL

Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

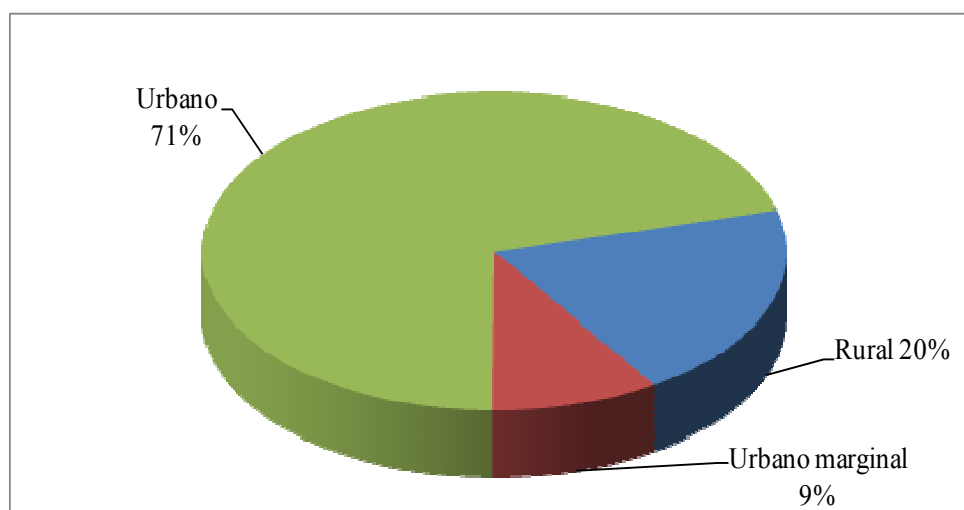
ÁREA POBLACIONAL	NUMERO DE RESIDENTES
Rural	80 20.00%
Urbano marginal	37 9.25%
Urbano	283 70.75%
Total	400 100.00%

*** Porcentajes distribuidos área poblacional**

Se observa que el mayor porcentaje de pobladores viven en la zona Urbana (70.75%) y el menor porcentaje en el área urbano marginal (9.25%).

GRÁFICA N°3. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN ÁREA POBLACIONAL

Distrito De Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos área poblacional**

TABLA N°4. NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE LOS POBLADORES

Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

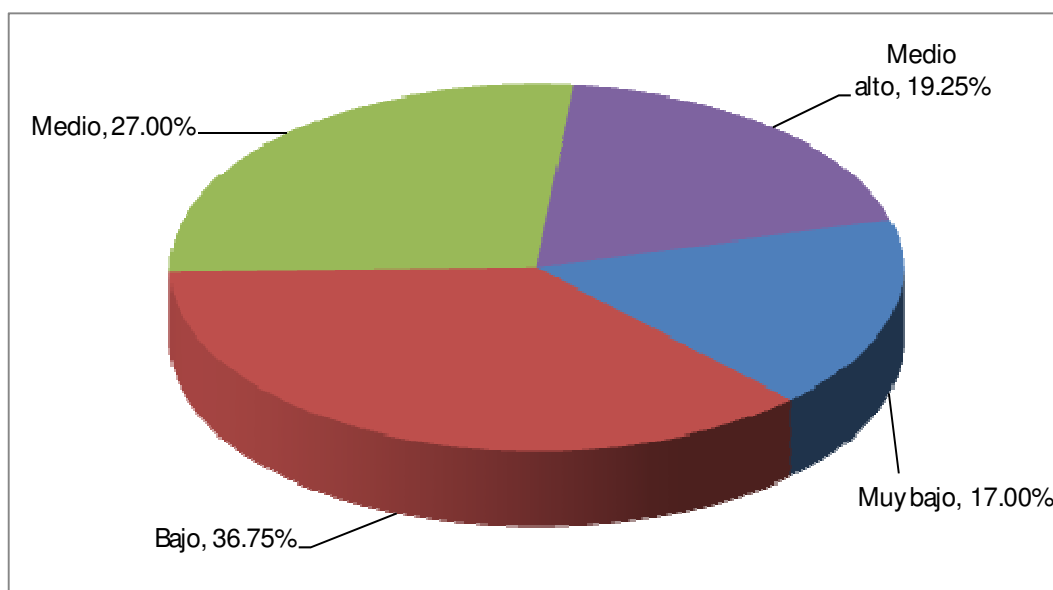
NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL	POBLADORES
Muy bajo	68 17.00%
Bajo	147 36.75%
Medio	108 27.00%
Medio alto	77 19.25%
Total	400 100.00%

*** Porcentajes distribuidos nivel socioeconómico-cultural.**

Se observó un mayor porcentaje de la muestra en el nivel socioeconómico-cultural bajo (36.75%) y el menor porcentaje en el nivel muy bajo (17.00%).

GRÁFICA N°4. NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE LOS POBLADORES

Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos por edad y sexo.**

TABLA N°5.PREVALENCIA DE LA AUTOMEDICACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTARIO

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

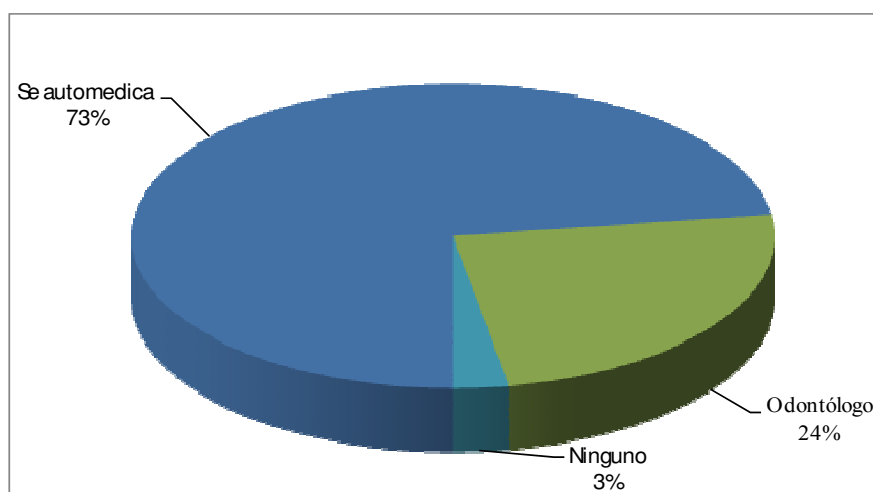
	NUMERO DE RESIDENTES
Se automedica	291 72.75%
Odontólogo	98 24.50%
Ninguno	11 2.75%
Total	400 100.00%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

Se observa que la prevalencia de la automedicación frente al dolor dentario es de 72.75%, seguida por la actitud de acudir al odontólogo (24.50%) y el menor porcentaje no utiliza nada para manejar el dolor dentario (2.75%).

GRÁFICA N°5. PREVALENCIA DE LA AUTOMEDICACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTARIO

Pobladores del Distrito De Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°6.PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN TIPO

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

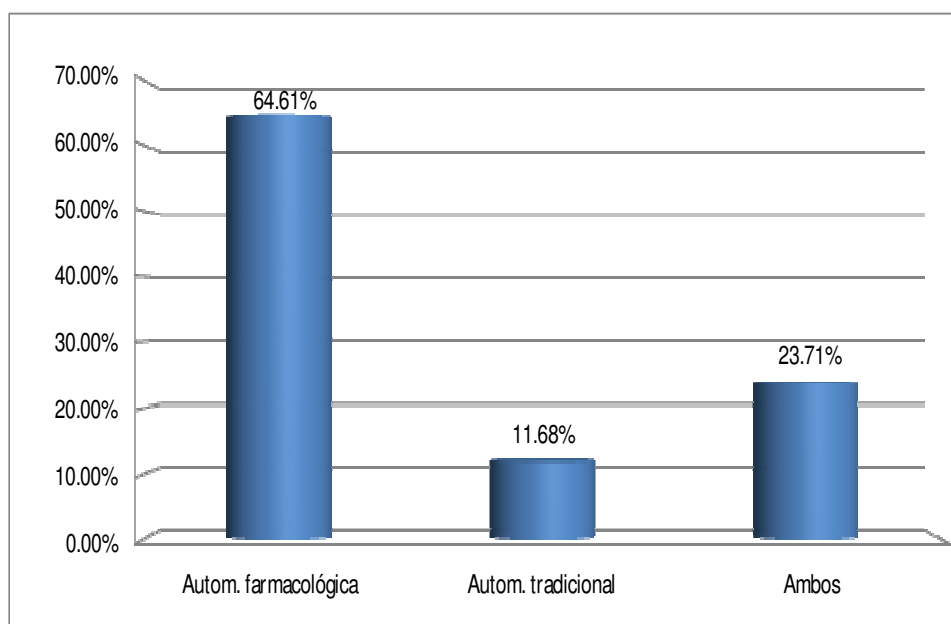
	NUMERO DE RESIDENTES
Autom. farmacológica	188 64.61%
Autom. tradicional	34 11.68%
Ambos	69 23.71%
Total	291 100.00%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

Dentro de la opción de automedicación se observa mayor predominancia del tipo farmacológico (64.61%) y en menor porcentaje la automedicación tradicional (11.68%).

GRÁFICA N°. PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN TIPO

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°7.MEDICAMENTOS MÁS USADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

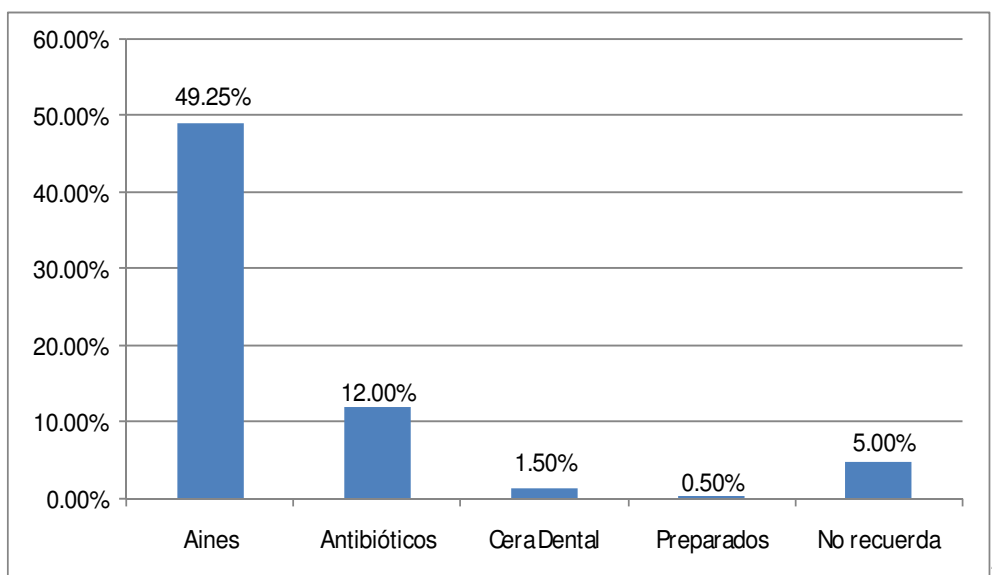
MEDICAMENTO QUE USA	NUMERO DE RESIDENTES
Aines	197 49.25%
Antibióticos	48 12.00%
Cera Dental	6 1.50%
Preparados	2 0.50%
No recuerda	20 5.00%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

Se encontró que los medicamentos más utilizados dentro de la automedicación farmacológica son los AINES (49.25%).

GRÁFICA N°7. MEDICAMENTOS MÁS USADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



Porcentajes distribuidos según encuesta

TABLA N°8.MEDICAMENTOS MÁS USADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

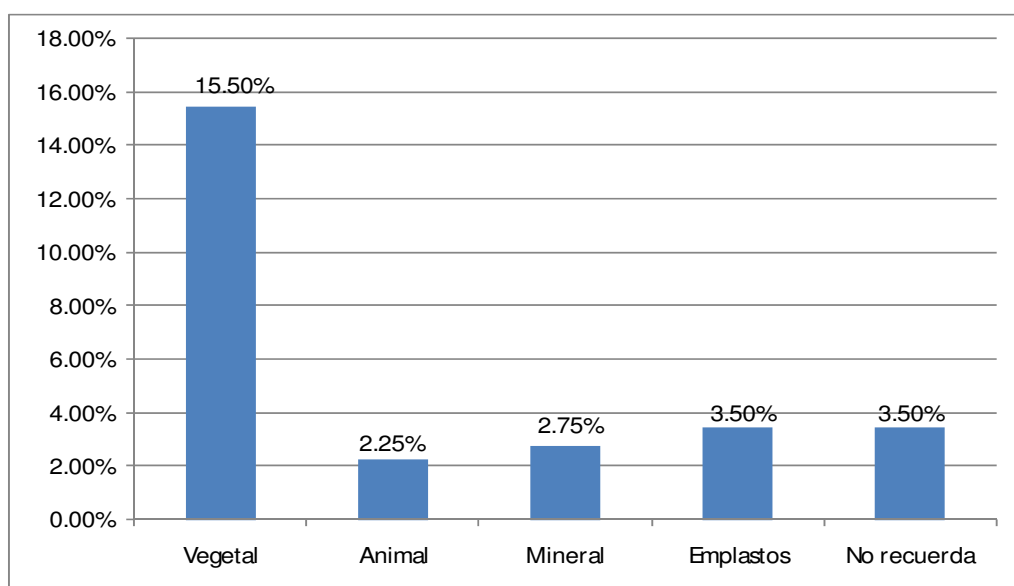
MEDICAMENTO QUE USA	NUMERO DE RESIDENTES
Vegetal	62 15.50%
Animal	9 2.25%
Mineral	11 2.75%
Emplastos	14 3.50%
No recuerda	14 3.50%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

Se encontró que los medicamentos más utilizados dentro de la automedicación tradicional son de origen Vegetal (15.50%).

GRÁFICA N°8. MEDICAMENTOS MÁS USADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL

Pobladores del Distrito De Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°9.NIVEL SOCIAL Y AUTOMEDICACIÓN
Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

NIVEL SOCIAL	Tipo de automedicación			Total
	AUTOM. FARMACOLÓGICA	AUTOM. TRADICIONAL	AMBOS	
Muy bajo	36 12.40%	18 6.20%	12 4.10%	66 22.70%
Bajo	64 22.00%	7 2.40%	25 8.60%	96 33.00%
Medio	64 21.96%	6 2.06%	25 8.58%	95 32.60%
Medio alto	24 8.26%	3 1.03%	7 2.41%	34 11.70%
Total	188 64.62%	34 11.69%	69 23.69%	291 100.00%

* Porcentajes distribuidos según encuesta

Prueba de Correlación V de Cramer =0.375 ($v=1$, $v > 0.3$, $v=0$)

Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el nivel social bajo (22.00%).

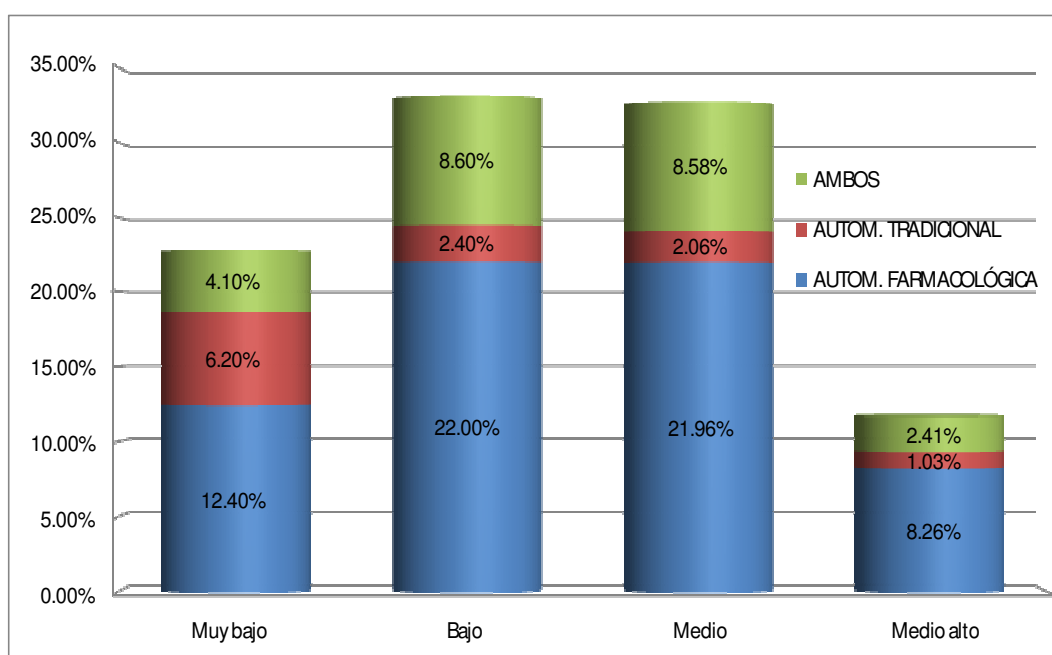
Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación tradicional en el nivel social muy bajo (6.20%).

Se encontró mayor porcentaje para el uso de ambos tipos de automedicación en el nivel social bajo (8.60%).

Se evaluó la correlación entre el nivel social y la automedicación frente al dolor dentario a través de la prueba de correlación V. de Cramer, concluyéndose que existe asociación significativa.

GRÁFICA N°9. NIVEL SOCIAL Y AUTOMEDICACIÓN

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



* Porcentajes distribuidos según encuesta

TABLA N°10. NIVEL ECONÓMICO Y AUTOMEDICACIÓN

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

NIVEL ECONÓMICO	Tipo de automedicación			Total
	AUTOM. FARMACOLÓGICA	AUTOM. TRADICIONAL	AMBOS	
Muy bajo	42 14.44%	15 5.15%	15 5.15%	72 24.74%
Bajo	75 25.77%	11 3.78%	25 8.59%	111 38.14%
Medio	46 15.81%	6 2.06%	26 8.93%	78 26.80%
Medio alto	25 8.60%	2 0.69%	3 1.03%	30 10.32%
Total	188 64.62%	34 11.68%	69 23.70%	291 100.00%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

Prueba de Correlación V de Cramer =0.362 ($v=1$, $v > 0.3$, $v=0$)

Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el nivel económico bajo (25.77%).

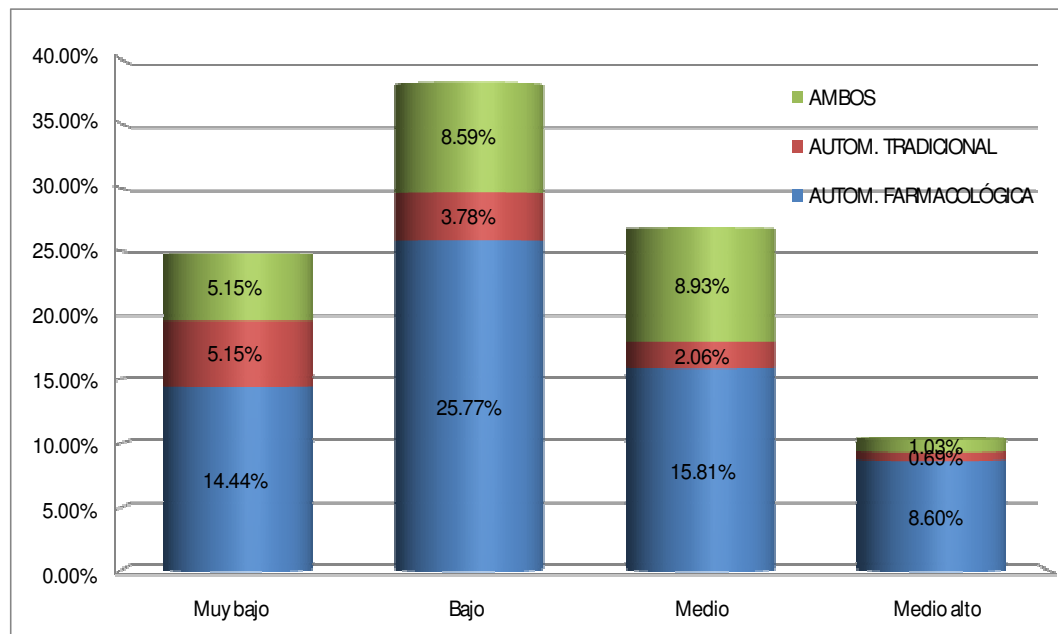
Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación tradicional en el nivel económico muy bajo (5.15%).

Se encontró mayor porcentaje para el uso de ambos tipos de automedicación en el nivel económico medio (8.93%).

Se evaluó la correlación entre el nivel económico y la actitud frente al dolor dentario a través de la prueba de correlación V. de Cramer, concluyéndose que existe asociación significativa.

GRÁFICA N°10. NIVEL ECONÓMICO Y AUTOMEDICACIÓN

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°11. NIVEL CULTURAL Y AUTOMEDICACIÓN
Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

NIVEL CULTURAL	Tipo de automedicación			Total
	AUTOM. FARMACOLÓGICA	AUTOM. TRADICIONAL	AMBOS	
Muy bajo	28 9.60%	13 4.50%	14 4.80%	55 18.90%
Bajo	91 31.30%	12 4.10%	24 8.20%	127 43.60%
Medio	47 16.15%	6 2.06%	25 8.59%	78 26.80%
Medio alto	22 7.60%	3 1.00%	6 2.10%	31 10.70%
Total	188 64.65%	34 11.66%	69 23.69%	291 100.00%

* Porcentajes distribuidos según encuesta

Prueba de Correlación V de Cramer =0.327 ($v=1$, $v > 0.3$, $v=0$)

Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el nivel cultural bajo (31.30%).

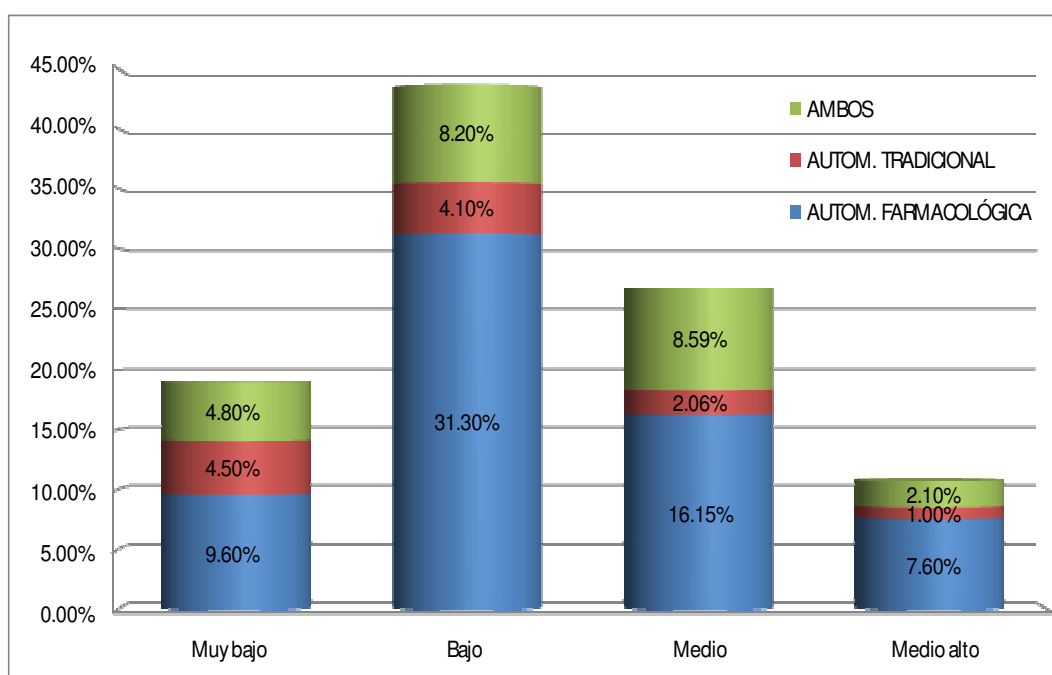
Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación tradicional en el nivel cultural muy bajo (4.50%).

Se encontró mayor porcentaje para el uso de ambos tipos de automedicación en el nivel económico medio (8.59%).

Se evaluó la correlación entre el nivel cultural y la actitud frente al dolor dentario a través de la prueba de correlación V. de Cramer, concluyéndose que existe asociación significativa.

GRÁFICA N°11. NIVEL CULTURAL Y AUTOMEDICACIÓN

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



* Porcentajes distribuidos según encuesta

TABLA N°12. NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL Y AUTOMEDICACIÓN

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

	AUTOM. FARMACOLÓGI	AUTOM. TRADICIONAL	AMBOS	Total
Muy bajo	30 10.31%	18 6.19%	11 3.78%	59 20.28%
Bajo	90 30.93%	7 2.40%	26 8.94%	123 42.27%
Medio	45 15.50%	7 2.40%	26 8.90%	78 26.80%
Medio alto	23 7.90%	2 0.69%	6 2.06%	31 10.65%
Total	188 64.64%	34 11.68%	69 23.68%	291 100.00%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

Prueba de Correlación V de Cramer =0.547 ($v=1$, $v>0.3$, $v=0$)

Prueba de Correlación de Pearson = -0.987 ($p=1$, $p=0$, $p=-1$)

Se encontró mayores porcentajes para el uso de automedicación farmacológica en los niveles socioeconómico culturales bajo (30.93%) y medio (15.50%).

Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación tradicional en el nivel socioeconómico cultural muy bajo (6.19%).

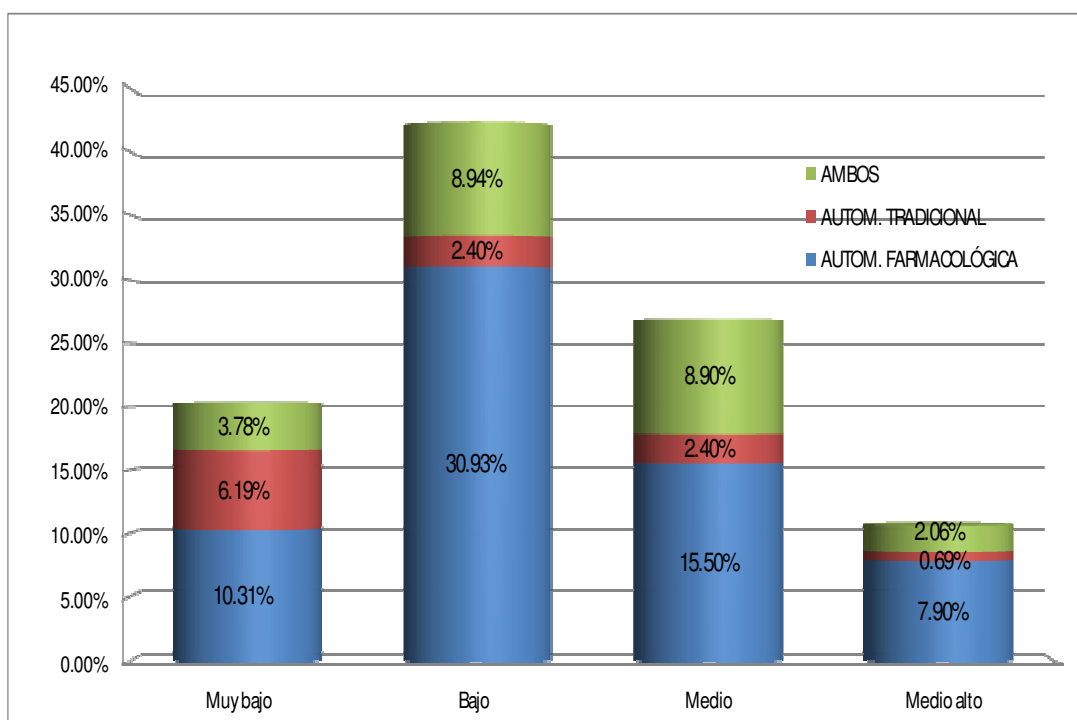
Se encontró mayores porcentajes para el uso de ambos tipos de automedicación en los niveles socioeconómico culturales bajo (8.94%) y medio (8.90%).

Se evaluó la correlación entre el nivel socioeconómico cultural y la automedicación a través de la prueba de correlación V. de Cramer, concluyéndose que existe asociación significativa.

Para realizar la **comprobación de la Hipótesis General** se evaluó la correlación de Pearson encontrándose correlación negativa entre automedicación y nivel socioeconómico-cultural, **concluyéndose así que existe una relación inversa entre las variables.**

Para la **comprobación de la Hipótesis Específica** se evaluó el índice de correlación de V. cramer para las tres dimensiones de la variable automedicación; **encontrándose mayor correlación entre nivel cultural y automedicación.**

GRÁFICA N°12. NIVEL SOCIOECONÓMICO CULTURAL Y AUTOMEDICACIÓN
Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°13. PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN EDAD

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

		Tipo de Automedicación			Total
		AUTOM. FARMACOLÓGICA	AUTOM. TRADICIONAL	AMBOS	
Grupo de edad	Menos de 30	85 29.00%	28 9.75%	3 1.11%	116 39.86%
	30 - 39	41 14.00%	14 4.75%	1 0.49%	56 19.24%
	40 - 49	39 13.50%	10 3.50%	5 1.55%	54 18.55%
	50 - 59	24 9.00%	11 4.25%	1 0.12%	36 13.37%
	60 a más	21 7.25%	7 2.25%	1 0.46%	29 9.96%
	Total	210 72.75%	70 24.50%	11 2.75%	291 100.00%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

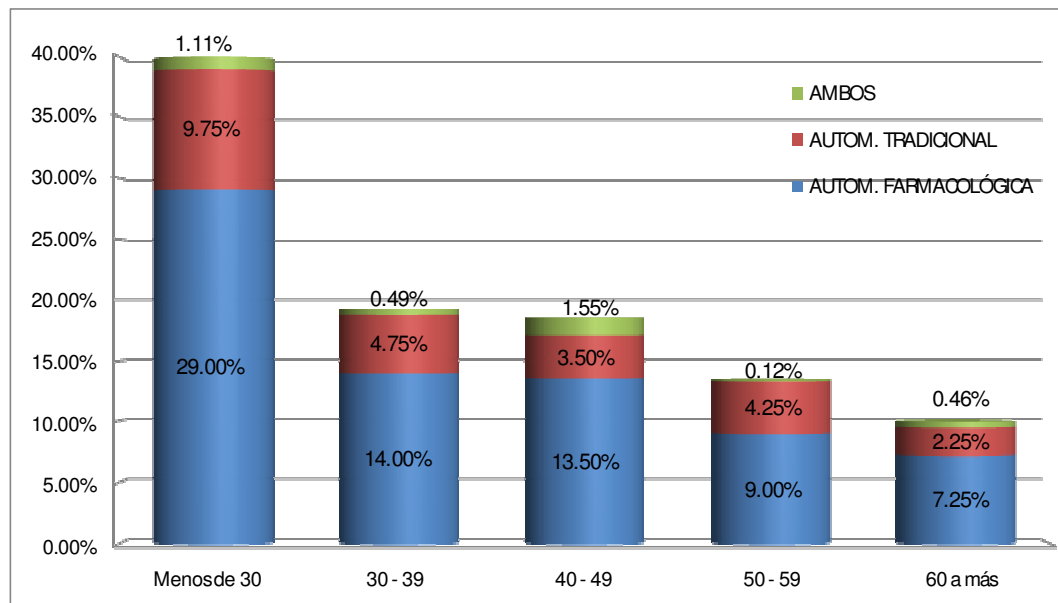
Prueba de Correlación V de Cramer =0.090 ($v=1$, $v > 0.3$, $v=0$)

Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el rango de edad de menores de 30 años (29.00%).

Se evaluó la correlación entre la edad y la actitud frente al dolor dentario a través de la prueba de correlación V. de Cramer, concluyéndose que existe una baja asociación.

GRÁFICA N°13. PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN EDAD

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



* Porcentajes distribuidos según encuesta

TABLA N°14. PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN SEXO

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

		Tipo de Automedicación			Total
		AUTOM. FARMACOLÓGICA	AUTOM. TRADICIONAL	AMBOS	
Sexo	Masculino	80	17	21	118
		27.50%	5.80%	7.20%	40.50%
	Femenino	108	17	48	173
		37.14%	5.85%	16.51%	59.50%
Total		188	34	69	291
		64.64%	11.65%	23.71%	100.00% *

Porcentajes distribuidos según encuesta

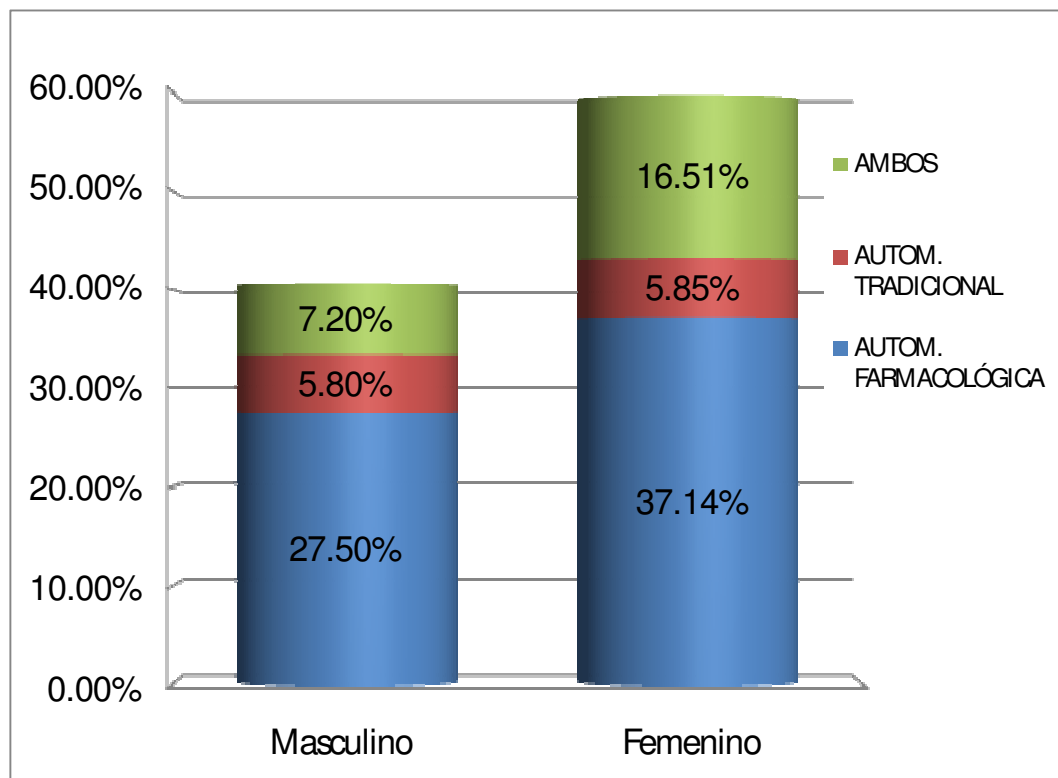
Prueba de Correlación de Pearson =0.105 ($v=1$, $v=0$, $v=-1$)

Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el sexo femenino (37.14%).

Se evaluó la correlación entre el sexo y la actitud frente al dolor dentario a través de la prueba de correlación de Pearson, concluyéndose que existe una baja asociación significativa.

GRÁFICA N°14. PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN SEXO

Pobladores del Distrito De Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°15. PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN ÁREA POBLACIONAL

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

		Tipo de Automedicación			Total
		AUTOM. FARMACOLÓGICA	AUTOM. TRADICIONAL	AMBOS	
Ubicación de la vivienda	Rural	51 8.00%	17 2.75%	2 0.25%	70 11.00%
	Urbano marginal	23 17.50%	6 4.30%	3 2.25%	32 24.05%
	Urbano	167 57.25%	21 7.45%	1 0.25%	189 64.95%
	Total	241 82.75%	44 14.50%	6 2.75%	291 100.00% *

Porcentajes distribuidos según encuesta

Prueba de Correlación V de Cramer =0.274 ($v=1$, $v > 0.3$, $v=0$)

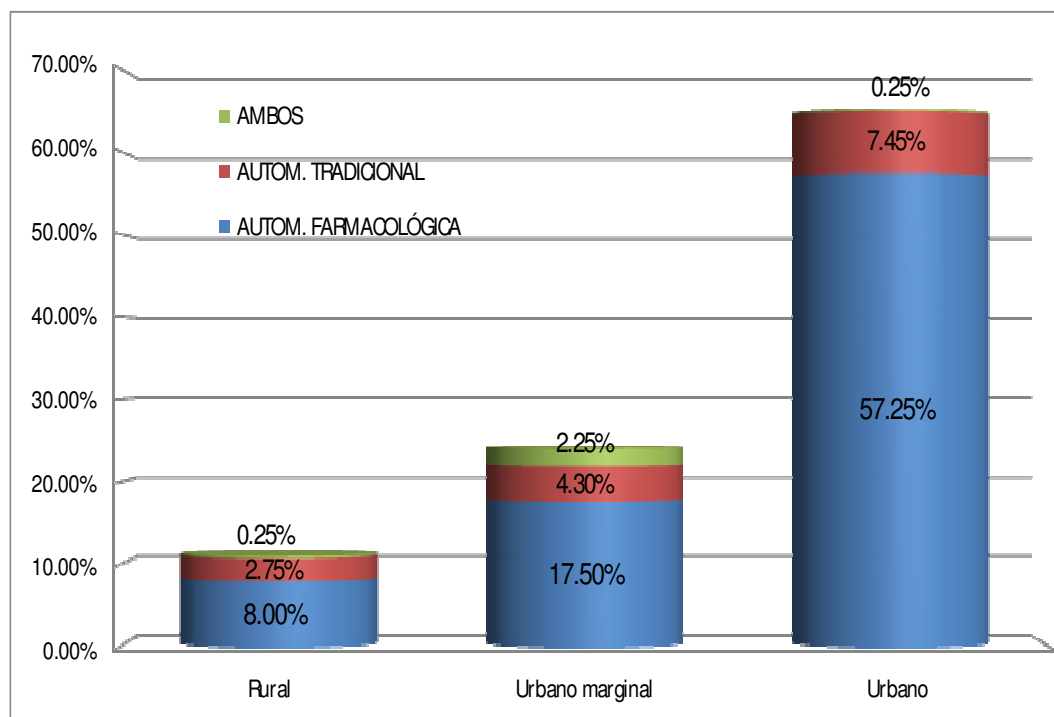
Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación en el área Urbana (64.95%).

Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación en el área Rural (11.00%).

Se evaluó la correlación entre la Ubicación de la vivienda y la actitud frente al dolor dentario a través de la prueba de correlación V de Cramer, concluyéndose que existe asociación significativa baja.

GRÁFICA N°15. PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN SEGÚN ÁREA POBLACIONAL

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°16. PERSONA QUE ACONSEJÓ TOMAR EL MEDICAMENTO ELEGIDO

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

	NUMERO DE RESIDENTES
Padres	62 21.30%
Otros parientes	51 17.50%
Amigos	13 4.50%
Farmacéutico	107 36.80%
Por decisión propia	58 19.90%
Total	291 100.00%

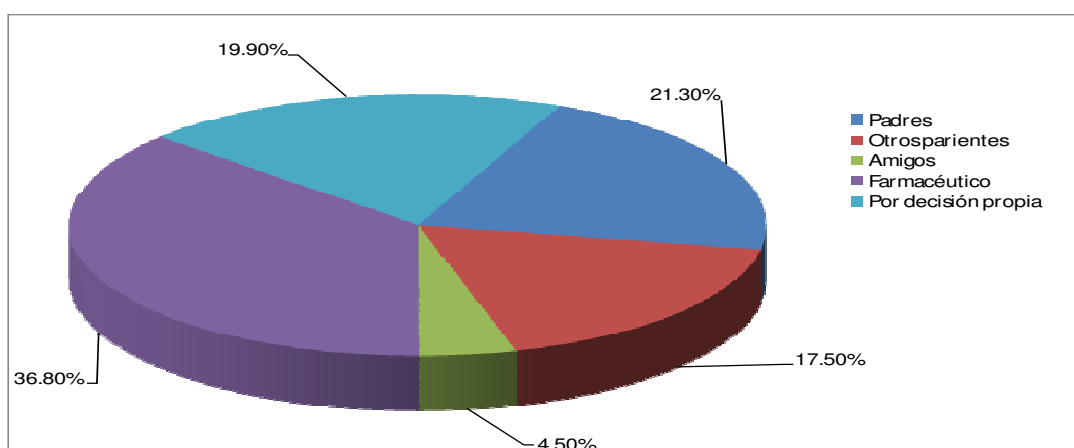
*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

La persona que más frecuentemente aconseja la toma del medicamento es el farmacéutico (36.80%).

GRÁFICA N°16. PERSONA QUE ACONSEJO TOMAR EL MEDICAMENTO

ELEGIDO

Pobladores del Distrito De Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°17. EFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO Y AUTOMEDICACIÓN

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

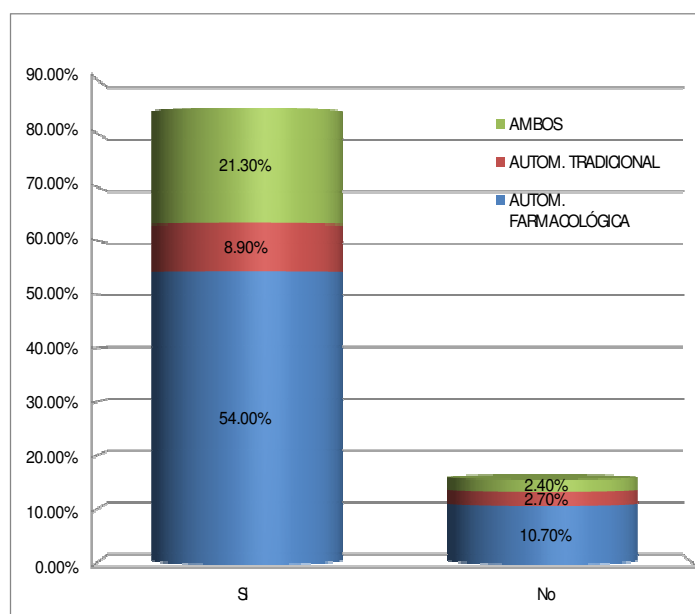
		AUTOM. FARMACOLÓGICA	AUTOM. TRADICIONAL	AMBOS	Total
Fue efectivo el medicamento que tomó?	Si	157	26	62	245
		54.00%	8.90%	21.30%	84.20%
	No	31	8	7	46
		10.70%	2.70%	2.40%	15.80%
Total		188	34	69	291
		64.70%	11.60%	23.70%	100.00%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

Se encontró el mayor porcentaje de efectividad (54.00%) en la automedicación farmacológica.

GRÁFICA N°17. EFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO Y AUTOMEDICACIÓN

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°18. NÚMERO DE VECES DE UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO PARA CALMAR EL DOLOR DENTARIO POBLADORES DEL DISTRITO DE INDEPENDENCIA, HUARAZ, AÑO 2007

Actitud frente al dolor			UNA	DOS	TRES	CUATRO	CINCO A MÁS	Total
Autom. farmacológica	Fue efectivo el medicamento que tomó?	Si	34 18.08%	63 33.51%	27 14.36%	15 7.98%	18 9.57%	157 83.50%
		No	4 2.13%	11 5.84%	12 6.39%	2 1.07%	2 1.07%	31 16.50%
	Total		38 20.21%	74 39.35%	39 20.75%	17 9.05%	20 10.64%	188 100.00%
Autom. tradicional	Fue efectivo el medicamento que tomó?	Si	4 11.80%	13 38.20%	4 11.80%	0 0.00%	5 14.70%	26 76.50%
		No	3 8.80%	3 8.80%	2 5.90%	0 0.00%	0 0.00%	8 23.50%
	Total		7 20.60%	16 47.10%	6 17.60%	0 0.00%	5 14.70%	34 100.00%
Ambos	Fue efectivo el medicamento que tomó?	Si	6 8.70%	18 26.10%	16 23.20%	3 4.35%	19 27.55%	62 89.90%
		No	1 1.44%	2 2.89%	1 1.44%	0 0.00%	3 4.33%	7 10.10%
	Total		7 10.14%	20 28.99%	17 24.64%	3 4.35%	22 31.88%	69 100.00%

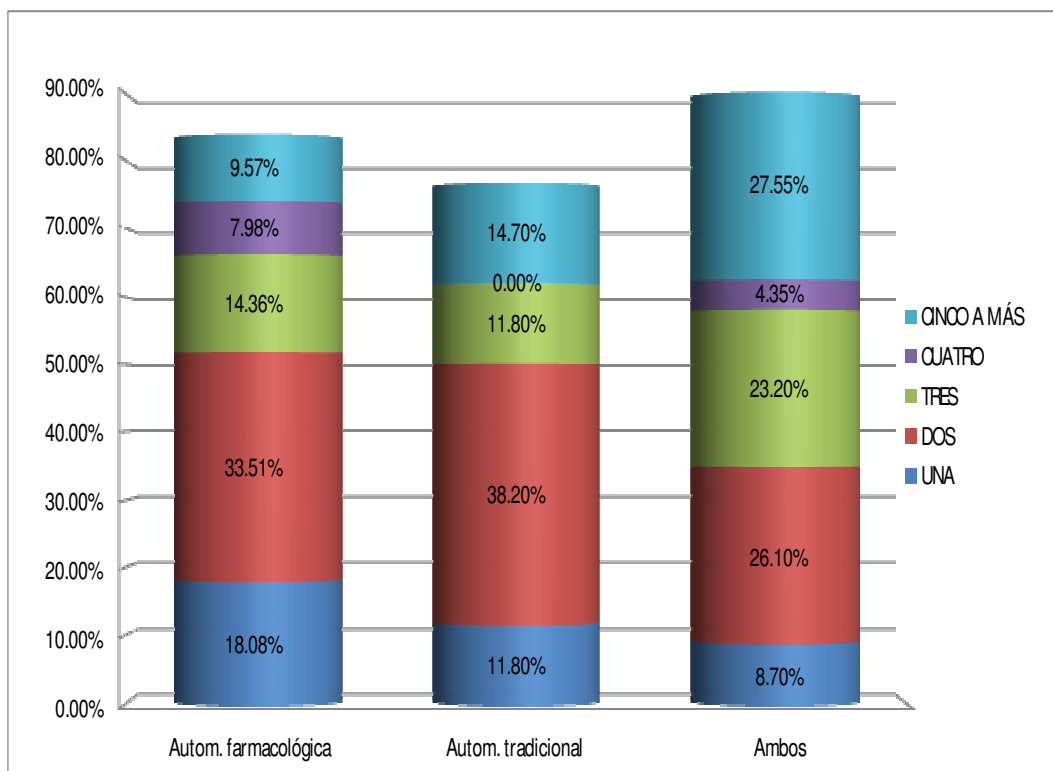
*

Porcentajes distribuidos según encuesta

Se observa que los mayores porcentajes se ubican en la columna de dos veces de uso para todos los tipos de automedicación.

**GRÁFICA N°18. NÚMERO DE VECES DE UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO
PARA CALMAR EL DOLOR DENTARIO**

Pobladores del Distrito De Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

TABLA N°19. LUGAR DE ADQUISICIÓN DEL MEDICAMENTO

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

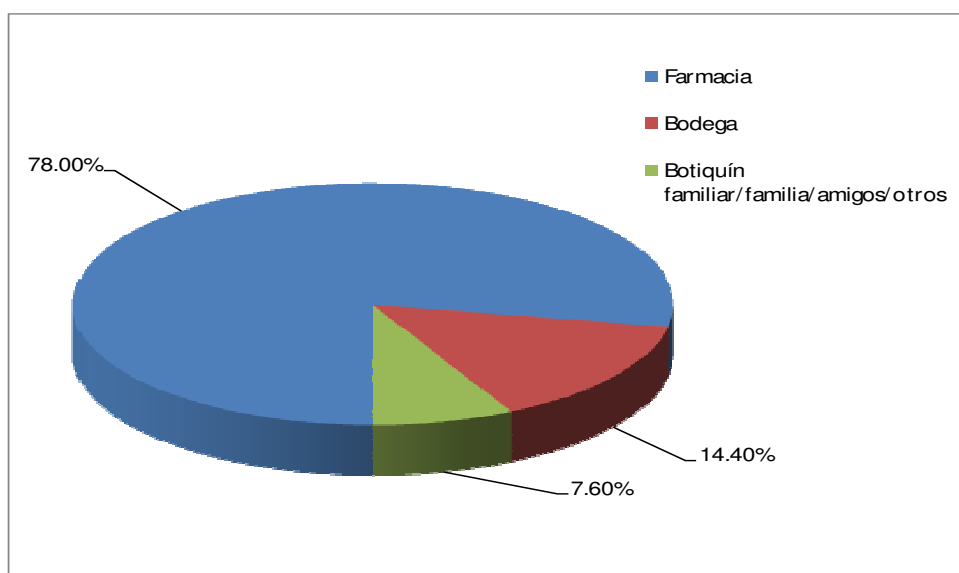
	NUMERO DE RESIDENTES
Farmacia	227 78.00%
Bodega	42 14.40%
Botiquín familiar/familia/amigos/ot ros	22 7.60%
Total	291 100.00%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

El lugar en el que más frecuentemente adquieren el medicamento en la farmacia (78.00%).

GRÁFICA N°19. LUGAR DE ADQUISICIÓN DEL MEDICAMENTO

Pobladores del Distrito De Independencia, Huaraz, Año 2007



Porcentajes distribuidos según encuesta

TABLA N°20. TIEMPO QUE TARDO EL MEDICAMENTO EN CALMAR EL DOLOR DENTARIO

Pobladores del Distrito de Independencia, Huaraz, Año 2007

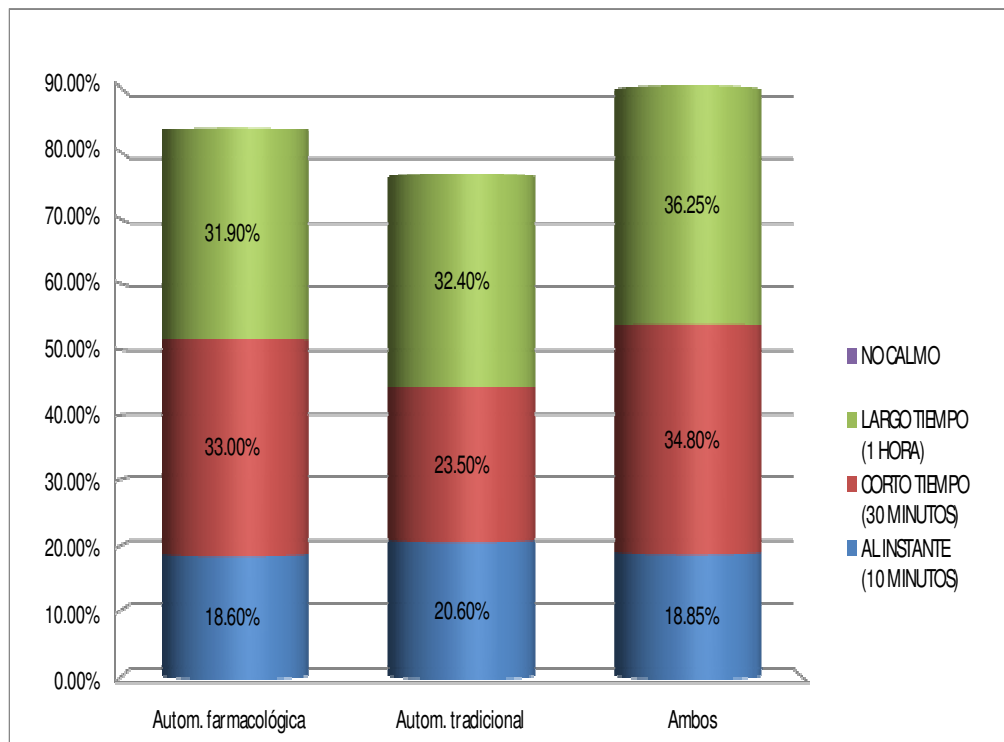
Actitud frente al dolor			AL INSTANTE (10 MINUTOS)	CORTO TIEMPO (30 MINUTOS)	LARGO TIEMPO (1 HORA)	NO CALMO	Total
Autom. farmacológica	Fue efectivo el medicamento que tomó?	Si	35 18.60%	62 33.00%	60 31.90%	0 0.00%	157 83.50%
		No	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	31 16.50%	31 16.50%
	Total		35 18.60%	62 33.00%	60 31.90%	31 16.50%	188 100.00%
	Fue efectivo el medicamento que tomó?	Si	7 20.60%	8 23.50%	11 32.40%	0 0.00%	26 76.50%
		No	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	8 23.50%	8 23.50%
Autom. tradicional	Total		7 20.60%	8 23.50%	11 32.40%	8 23.50%	34 100.00%
Ambos	Fue efectivo el medicamento que tomó?	Si	13 18.85%	24 34.80%	25 36.25%	0 0.00%	62 89.90%
		No	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	7 10.10%	7 10.10%
	Total		13 18.85%	24 34.80%	25 36.25%	7 10.10%	69 100.00%

*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

Se observa que los mayores porcentajes se encuentran en la columna de efectividad al corto tiempo (30 minutos).

**GRÁFICA N°20. TIEMPO QUE TARDO EL MEDICAMENTO EN CALMAR EL
DOLOR DENTARIO**

Pobladores del Distrito De Independencia, Huaraz, Año 2007



*** Porcentajes distribuidos según encuesta**

V. DISCUSIÓN

El dolor dentario es uno de los dolores más agudos que se presenta en el ser humano, al manifestarse de forma impetuosa y sorpresiva hace que el paciente tienda a calmarlo inmediatamente, utilizando diferentes tratamientos, principalmente la Automedicación, por lo general el individuo que padece de dolor dentario no acude a la consulta profesional (odontólogo) no solo por el costo si no también por la carencia de estos en algunos sectores del interior, especialmente en zonas rurales, llevándolos a utilizar diversos medicamentos recomendados por familiares, farmacias, tiendas y comunidad en general, dejando duda de la eficacia de los mismos.

Dentro de los resultados obtenidos tenemos que los pobladores del Distrito de Independencia tienen como actitud principal frente al dolor dentario a la Automedicación; es así que se automedican en un 72,75% frente a un 24,5% que acude al Odontólogo y un 2,75% no usa nada para manejar el dolor dentario concuerda con esto con los estudios realizados por Maravi (2006), Soto (2003), Tello (2005), Achor (2004), Tobon (1998) y Bobadilla (1992).

El tipo más prevalente de automedicación es la Automedicación Farmacológica (64,61%) sobre la Automedicación Tradicional (11.68%), concuerda esto con el estudio realizado por Nuñez (1984); se encontró en

la investigación un mayor porcentaje (23,71%) de utilización de ambos tipos de automedicación sobre el tipo Tradicional.

En relación a los fármacos mas utilizados en la Automedicación se encontró un mayor porcentaje del uso de AINES (49,25%) y de antibióticos (12.00%), concuerda con esto Lalama (2000).

Se encontró diferencia significativa entre los estratos sociales y la automedicación, es así que en el nivel bajo (33.00%) utilizaron automedicación en mayor porcentaje, esto concuerda con el estudio realizado por Peñuela (2002).

También se encontró diferencia significativa entre los niveles económicos y la automedicación, es así que el nivel bajo (38,14%) utilizó porcentualmente mayor automedicación que el nivel medio-alto (10,32%), describiendo así que el nivel de ingreso guarda relación con la automedicación; esto concuerda con el estudio realizado por Lalama (2000).

Finalmente se encontró diferencia significativa entre los niveles culturales y la automedicación, es así que en el nivel bajo (43,60%) se utilizó porcentualmente mayor automedicación que el nivel medio-alto (10,70%), encontrando así una relación inversamente proporcional entre el nivel cultural y la automedicación; esto contradice el estudio realizado por Llanos (2001) y Peñuela (2002) en el que no se encontraron diferencias

significativa entre el grado de instrucción o nivel educativo y la automedicación

Dentro del grupo etáreo con mayor prevalencia de automedicación se encontró a los menores de 30 años (39.86%), esto concuerda con el estudio de Maravi (2006).

Se encontró un mayor porcentaje de automedicación en el sexo femenino (59.50%) frente al masculino (40.50%), esto concuerda con los estudios realizados por Maravi (2006), Benites (2006), Figueiras (2000) y Santana (1998).

Se encontró un porcentaje mayor de automedicación en la zona urbana (64,95%) respecto de la zona rural (11,00%) y Urbano marginal (24.05%), esto concuerda con el estudio realizado por Figueiras (2000).

La persona que con mayor frecuencia recomienda la automedicación y el lugar donde se adquiere el medicamento se encontró en mayor porcentaje el Farmacéutico (36,80%) y el lugar donde se adquiere mayormente el medicamento es en la Farmacia (78.00%), concluyendo que el consejo farmacéutico tiene gran influencia en la automedicación, esto concuerda con el estudio de Llanos (2001) y difiere del estudio realizado por Bastante (1997).

Finalmente frente al dolor dentario, el alivio que siente el poblador momentáneamente después de la automedicación ya sea farmacológica (54,00%) o tradicional (8,90%) no llega a solucionar definitivamente la

causa el dolor dentario, pero lo lleva a utilizarlo por segunda o más veces
esto concuerda con el estudio realizado por Collazos (2001)

VI. CONCLUSIONES

1. El nivel socioeconómico-cultural de la población de estudio fue: Nivel muy bajo (17.00%), bajo (36.75%), medio (27.00%) y medio alto (19.25%).
2. La prevalencia de la Automedicación en los pobladores es de 72.75% mientras que la actitud de acudir al odontólogo se encontró en un 24.50%.
3. La automedicación más utilizada es la Automedicación Farmacológica (64.61%), siendo el tipo de medicamento más usado en la Automedicación Farmacológica los AINES (49.25%) y en la Automedicación Tradicional los de origen Vegetal (15.50%).
4. Tanto en el nivel social, económico y cultural bajo se encontraron los mayores porcentajes de automedicación 33.00%, 38.14% y 43.60% respectivamente; *concluyéndose también según los índices de V. de Cramer que el nivel cultural es la dimensión más correlacionada con la automedicación.*
5. Existe un mayor porcentaje del uso de Automedicación en el grupo etáreo menor a 30 años (39.86%); así también en el sexo femenino (59.50%) pero no existe correlación significativa entre sexo y actitud frente al dolor dentario; se encontró mayor porcentaje de Automedicación en la zona Urbana (64.95%).

6. La persona que mayormente aconseja la toma del medicamento es el farmacéutico (36.80%) y el lugar donde mayormente se adquiere el medicamento es en la Farmacia (78.00%).
7. La efectividad del medicamento es mayor en la Automedicación Farmacológica (54.00%) y el número de veces que en mayor porcentaje es usado el medicamento para calmar el dolor dentario es dos.
8. No existen diferencias significativas en el tiempo que tarda el medicamento en hacer efecto tanto en la Automedicación Farmacológica (18.60%), en la Automedicación Tradicional (20,60%) o en el uso de ambas (18.85%).
- 9. La relación entre el nivel socioeconómico-cultural y la automedicación** en el manejo del dolor dentario en los Pobladores el distrito de Independencia, Provincia de Huaraz, en el año 2007 es **inversamente proporcional**.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda la sensibilización y educación a la población del Distrito de Independencia sobre los riesgos y complicaciones de la Automedicación.

Sugerir a la población de estudio la gestión de la ampliación de la cobertura de Atención Odontológica del Ministerios de Salud, a través del Hospital Regional de Huaraz, establecimiento que se encuentra cerca del Distrito de Independencia.

Realizar estudios de Investigación acerca de los recursos vegetales más utilizados en la Automedicación Tradicional y que son de característica confiable para calma el dolor dentario.

Realizar un estudio sobre los efectos secundarios de los medicamentos utilizados tanto farmacológicos como Tradicionales.

Se recomienda verificar la presencia de un profesional farmacéutico en las Farmacias y Boticas de la zona ya que este es el lugar donde los pobladores mayormente acuden frente al dolor dentario.

VIII. RESUMEN

OBTETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar **la relación entre el nivel socioeconómico-cultural y la automedicación para el manejo del dolor dentario, en el Distrito de Independencia, Provincia de Huaraz.**

MÉTODOS Y MATERIALES: La presente investigación fue un estudio descriptivo, de corte transversal y correlacional, se encuestaron a 400 pobladores de diferentes caseríos del distrito.

RESULTADOS Los resultados indican la comprobación de la hipótesis formulada a través de las pruebas de correlación de V de cramer ($v=0.547$) y Pearson ($p=-.987$); además se encontró que la actitud más prevalente frente al dolor dentario es la Automedicación (72,75%) siendo el principal tipo la Automedicación Farmacológica (64,61%).

CONCLUSION: Como conclusión se llega a que **existe una relación inversamente proporcional entre el nivel socioeconómico-cultural y la automedicación en el manejo del dolor dentario**

Palabras Clave: Automedicación, dolor dentario.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this study was determine the relationship between socioeconomic – cultural level and automedication for toothache in the city of Independencia-Huaraz. This work was descriptive, transversal and correlacional. A survey was applied in 400 people from different towns in Huaraz. **RESULTS:** The results confirm the hipotesis through the test of correlation V of Cramer ($v=0.547$) and Pearson($p=0.987$). In addition, it was found that the most common attitude for toothache is pharmacological automedication (64,61%) **CONCLUSION:** There is a inverse relationship between socioeconomic cultural level and management of toothache.

Word keys: automedication, toothache.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ALVARADO S.** Automedicación. Ed. Panameña a la comunidad. Panamá. 1997.
2. **BOBADILLA, J.** Estudio del consumo de medicamentos previo a la consulta en un Servicio de Emergencia Pediátrica. Tesis de Bachiller en Medicina UPCH. Perú. 1992.
3. **Boletín Estadístico de Salud Nº 01.** Oficina General de Estadística e Informática. 2006.
4. **MARAVI D.** Uso de servicios odontológicos ante problemas buco dentales según factores sociodemográficos en el AA.HH. Keiko Sofía, del distrito de Puente Piedra. Tesis Bachiller de Estomatología UPCH. 2006.
5. **BENITES M.** Factores asociados a la automedicación en el Centro de Salud Gambeta Alta mediante análisis de regresión logística binaria. Tesis Especialista en Epidemiología UPCH. 2006
6. **DRHOVA L.** Attitudes, and behaviour of the population of the Czech Republic to self-medication. III: behaviour in the area of drugs and self-medication. República Checa. 2005.
7. **TELLO S , YOVERA A.** Factores asociados a la Prevalencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en

mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú. Rev. Med. 01:pp 26-29. 2005.

8. **ACHOR A, MARÍA S y Col.** Automedicación en el ámbito universitario Hospital Psiquiátrico de Corrientes y cátedra de Psicología. Facultad de Medicina de la Universidad del Nordeste. Argentina. 2004
9. **SOTO E.** Patrones de autoatención y automedicación entre la población estudiantil universitaria de la ciudad de Puebla, Colombia. pp. 43-51. 2003.
10. **DOD D.** Unintentional overdose of analgesia secondary to acute dental pain. volumen 193. No. 04. pp 211-212. 2002.
11. **PEÑUELA M.** Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. Barranquilla, Colombia. pp 30-38. 2002.
12. **LLANOS L.** Automedicación en cinco provincias de Cajamarca” Revista de Medicina UPCH. vol.12, N°04. Lima, Perú. 2001.
13. **FIGUEIRAS A, CAMANO F.** Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. España. pp 19-26. 2000.
14. **LALAMA M.** Perfil de consumo de medicamentos en la ciudad de Quito, Ecuador. Cap. 64, pp 7-9. 2000.

15. **SANTANA O.** Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. Revista Cubana Médica. vol.14 n°04. Ciudad de La Habana, Cuba. 1998.
16. **TOBÓN F.** Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia. Vol. 15: N°04. Medellín, Colombia. 1998.
17. **BASTANTE H.** et al. La automedicación: concepto y perfil de sus usuarios. España, vol. 14(4), pp 294. 1997
18. **MESTANZA F.** Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. Revista de Medicina, Universidad Peruana Cayetana Heredia. Lima, Perú. vol 3, pp 101-108. 1991.
19. **NÚÑEZ R.** Medicina Popular y autotratamiento en tres grupos socioeconómicos de Lima. Tesis de Bachiller en Medicina UPCH. Lima, Perú. 1984.
20. **ARGUELLES S.** La Automedicación. Revista Gauta. vol. 25, pp 96. 1996.
21. **ANGELES P.** Automedicación en Población Urbana de Cuernavaca. Revista vol. 34. Morelos, México. pp 554-61. 1992.
22. **LÓPEZ R, KROEGER A.** Intervenciones educativas populares contra el uso inadecuado de medicamentos. vol. 116(2), pp 135-45. 1994.

23. **LAPORTE J, MORENO V, JUAN J.** Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non esteroidal antiinflammatory drugs. España. 1991.
24. **PÉREZ A, QUINTANA J, FIDALGO M.** Uso y abuso de analgésicos. Informe del Sistema Nacional de Salud. vol. 20. Lima, Perú. pp 29-40. 1996.
25. **ALÓS CARNICERO H.** Consumo de antibióticos y resistencia bacteriana a los antibióticos: algo que te concierne. vol. 109, pp. 264-70. 1997.
26. **PALACIOS E, SÁENZ L, Y RONDÓN Q.** Dolor en estomatología. 1 ° edición. Lima, Perú. 1998.
27. **ANGEL A, SUAREZ Z.** El Dolor en el Ámbito Odontológico. Revista Gaceta Odontológica. pp 123. 1995
28. **APOYO.** Estudios de opinión e Investigación de Mercados: Niveles Socioeconómicos. Perú. 2000.
29. www.minsa.gob.pe.
30. **HERNÁNDEZ M.** Odontología y automedicación: un reto actual. Medicina Oral. Cuba. 2002.
31. **GENEVA.** Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication. 2000

32. **COLLAZOS J.** Medios de control de dolor dentario en las zonas urbana y rural de la provincia de Jauja. Tesis Bachiller Odontología UNFV. Lima, Perú. 2001.
33. **FERNÁNDEZ M.** Medicina tradicional: origen, evolución y perspectivas. 1° Edición. Perú. 1997.
34. **ORERO A, GONZÁLEZ J, PRIETO J.** Antibióticos en los hogares españoles. Implicaciones médicas y socioeconómicas. España. vol. 109, pp 782-5. 1997.
35. **Sociedad Española de Quimioterapia.** Estudio sobre el uso de los antibióticos en España. Madrid. 1994.
36. **GONZÁLEZ J, ORERO A, RODRÍGUEZ M,** Uso de los antimicrobianos en la comunidad. Editorial: JANO. pp 4-8. 1997.
37. Guidelines for the medical assesment of drugs for use in self-medication. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen: Munksgaard. pp. 173. 1986.
38. **BARRANCOS MOONEY.** Operatoria Dental. 3° edición: Mosby. pp. 185 – 192. 1995.
39. **MARTÍN B.** Datos, diagnósticos, tendencias. Revista AMAI. No. 07. 2006.

40. Niveles Socioeconómicos Lima Metropolitana. Disponible en:http://www.elcomercioperu.com.pe/ediciononline/html/temadia_distributoslima3.htm. 2000.
41. Distrito de Independencia, Huaraz. Disponible en: <http://www.regionancash.gob.pe/>.2001.
42. Censos nacionales 2007. INEI.: <http://www.inei.gob.pe/>.2007.
43. **ORBAN S , BHASKAR N.** Embriología e Histología bucal. 11^o Edición. Editorial Prado S.A. 1999.
44. **ANGELES P.** Automedicación en población urbano de Cuernavaca, Morelo. Salud Pública de México. N° 5, vol. 34. México. 1992.
45. **UREÑA H ,MIGUEL R.** Abuso de los antibióticos: el problema de la automedicación. Revista.de Medicina Dominicana, vol. 59, pp.85-6. 1998.
46. **RUIZ J.** Consumo de medicamentos en niños, previo a la consulta al servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado. Tesis de Bachiller . Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú. pp 58. 1996.
47. **BANZAS T.** Los problemas de la automedicación en pediatría. Boletín Académico Nacional de Medicina. Buenos Aires. pp.77-87. 1992.

48. **SARADAMMA R.** Social factor influencing the acquisition of antibiotics without prescription in Kerala State. South India. Sociedad Científica de Medicina; vol. 50(6), pp 891- 903. 2000.
49. **TEJEDOR N, ZAFRA E, SÁNCHEZ DEL VISO, LÓPEZ A, VIDAL, C, LÓPEZ F.** Desórdenes comunes de Salud: autocuidado y automedicación, vol 16(1), pp 13-8. 1995.
50. **LAURE P.** Investigation on self-medication: from disease to performance. Therapie. vol 53(2). pp 127-35. 1998.
51. **DURGAWALE P.** Practice of self medication among slum-dwellers. Indian J Public Health. vol. 42(2), pp.53-55. 1998.
52. **RONDINEL C.** Características del consumo de medicamentos en Lima y Yauri. Tesis de Bachiller en Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 1975.
53. **BRANCHER M , ZORZETTO J.** *Automedicação Passo.* Revista Médica Hospital São Vicente de Sao Paulo. vol. 6, pp 35-8. 1994.
54. **JOUBERT P, SEBATA P, VAN REENEN O.** Self-medication in a developing community. vol. 65(4), pp 129-31. 1984.
55. **CORTEZ, R.** Análisis de la demanda por servicios de salud. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Ministerio de Salud. Lima, Perú. 1997.

56. **FRANCO R, CARVALHO J, KHOURI M, et al.** Consumo de medicamentos de un grupo poblacional de un área urbana del Salvador. revista. Bahama, Salud Pública. vol 14(1), pp 113-21. 1987
57. Ceska Slov Farm. vol. 54(5), pp 211-8. 2005.
58. **LAPORTE, J. M.; TOGNONI, G.** Principios de Epidemiología del medicamento. 2ª Edición. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Masson - Salvat Medicina. 1993.
59. **CAVIEDES J.; ESTÉVEZ M.; ROJAS P.** Analgésicos usados en el manejo del dolor dental: acetaminofen, inhibidores de la cox-2: ketorolaco y nimensulida. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia. 2006.
60. **FERRADO L.,** Los dentistas usan demasiados antibióticos. Universidad Javeriana Colombia.
www.elpais.com/articulo/salud/dentistas/usan/demasiados/antibioticos/elpepusocsa/20070717elpepisa/1/Tes.2007.
61. **WALTON G., THOMPSON J.,.** Fármacos antimicrobianos. Fundamentos científicos de Odontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1983. p.248-53.
62. **BOURDIEU, P.** Espacio Social y génesis de las clases: Sociología y Cultura, Grijalbo, Mexico, 1990.

63. **ELSTER, J.**, Tres desafíos al concepto de clase social: El Marxismo, una propuesta analítica, FCE, México, 1989.
64. **CAMOU, A.**, Notas en torno al concepto de clase social. Revista Sociedad, Nro. 15. México, 1995
65. Índice de Nivel Socio Económico Argentino. Asociación Argentina de Marketing, Bs. As., Argentina. 1998.
66. **AUSTIN MILLÁN T.**, Para comprender el concepto de cultura. Revista Educación y Desarrollo, Año 1, N° 1, Universidad Arturo Prat, Sede Victoria, IX Región de "La Araucanía", Chile. Marzo 2000.
67. **GLADYS JADUE J.**, Factores Ambientales que afectan el Rendimiento Escolar de los Niños provenientes de Familias de Bajo Nivel Socioeconómico Cultural. Estudios Pedagógicos, N° 23. Valdivia 1997. pp. 75-80.
68. Diagnóstico Socio Económico Cultural de Cotapata –Santa Barbara. Informe Especial N° 4 GMA. Evaluaciones, La Paz.Bolivia.Mayo 2002.
69. **VELAZQUEZ.** Farmacología básica y clínica. Ed. Panamericana, 2005.

X. ANEXOS

Anexo 01. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A través del presente documento, expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: " AUTOMEDICACION EN EL MANEJO DEL DOLOR DENTARIO, SEGUN NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE INDEPENDENCIA, PROVINCIA DE HUARAZ EN EL AÑO 2007"

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma así como de los objetivos y teniendo la confianza de que la información recogida en el instrumento, será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención. Además confío que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Fecha:_____

Firma

DNI : _____

Anexo 02. Instrumento de Recolección de Datos: Entrevista

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"Automedicación en el manejo del dolor dentario en los pobladores del Distrito de Independencia, Provincia de Huaraz, 2007"

1. DATOS DE FILIACIÓN

Barrio () Urbanización () Caserío () Centro Poblado ()

Edad:.....

Sexo: Masculino () Femenino ()

2. DATOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL

2.1. NIVEL SOCIAL

1. La vivienda del encuestado se ubica en una zona: (SOLO UNA ALTERNATIVA)

a) Rural () b) Urbano-marginal () c) Urbano ()

2. Dónde realiza Ud. su principal actividad laboral? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) En una Institución Pública o Privada () b) En el campo ()
- c) Ama de casa () d) Negociante () e) No trabaja ()

3. A que Organizaciones Ud. pertenece? (VARIAS ALTERNATIVAS)

- a) Ninguno () b) Clubes () c) Sindicatos ()
- d) Grupo () e) Asociaciones ()

4. ¿Qué actividad realiza Ud. con más frecuencia en su tiempo libre?
(SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Pasea con amigos () b) Duerme () c) Deportes ()
- d) Ve TV, lee, Internet () e) Ninguno ()

2.2. NIVEL ECONÓMICO

1. Promedio de ingreso mensual : (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) No recibe ingresos b) Menos de 465 soles c). 465 - 930 soles
- d) 930 – 1395 soles e) 1395 – 1860 soles

2. Principal material de la vivienda (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Estera () b) Piedra con barro () c) Adobe ()
- d) Madera () e) Ladrillo- cemento ()

3. Pertenencia de la vivienda (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Familiar () b) Propia por invasión () c) Alquilada ()

d) Propia pagándose a plazos () e) propia pagada ()

4. Servicios con los que cuenta su vivienda:(VARIAS ALTERNATIVAS)

a) Electricidad () b) Agua () c) Desagüe ()

d) Cable () e) Internet ()

2.3. NIVEL CULTURAL

1. ¿Qué idiomas domina? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

a) Castellano() b) Quechua – Castellano () c) Castellano –
Ingles () d) Castellano – Ingles y otro ()

2. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios que usted culminó? (SOLO UNA
ALTERNATIVA)

a) Ninguno () b) Primaria () c) Secundaria ()

d) Superior Técnico () e) Superior Universitario ()

3. ¿A través de qué medio Ud. se mantiene informado? (VARIAS
ALTERNATIVAS)

a) Amigos, vecinos () b) TV. cable () c) Radio ()

d) Internet () e) Periódico ()

4. ¿Qué tipo de programa prefiere en la TV? (SOLO UNA
ALTERNATIVA)

- a) Dibujos animados () b) Novelas () c) Películas ()
d) Series () e) Noticias ()

3. DATOS DEL MANEJO DEL DOLOR: AUTOMEDICACIÓN

1. ¿Sufre o ha sufrido de dolor dentario?

- a) Si b) No

2. ¿Cómo maneja o manejó el dolor dentario?

a) Automedicación farmacológica

b) Automedicación tradicional.

c) Medicación profesional

d) Ninguno

3. En caso de automedicación con fármacos, ¿qué fármaco(s) utiliza para el manejo del dolor?

- a) AINES b) Antibióticos c) Cera dental d) Preparados
e) No recuerda

4. En caso de automedicación con medicamentos tradicionales, ¿cual(es) utiliza?

- a) Vegetal b) Animal c) Mineral d) Emplastos e) No recuerda

5. ¿Fue efectivo el tipo de medicación que tomó?

- a) Si b) No

6. ¿En cuanto tiempo calmó el dolor dentario?

- a) Al instante (10m) b) Corto tiempo (30m) c) Largo tiempo (1h)
d) No calmó

7. ¿Cuántas veces utilizó usted el medicamento para calmar el dolor dentario?

- a) 1 b) 2 c) 3
d) 4 e) 5 a más

8. ¿Quién es la persona que le aconsejó la adquisición del medicamento que tomó?

- a) Padres b) Otros parientes c) Amigos
d) Farmacéutico e) Por decisión propia

9. ¿Dónde consiguió la medicina que tomó?

- a) Farmacia b) Bodega c) Botiquín
familiar d) Familiares o amigos e) Otros

Anexo 03. Asignación de Puntajes para Indicadores Nivel Socioeconómico-Cultural

NIVEL SOCIAL. Puntajes internos de cada indicador

Ubicación de la vivienda	Puntaje
Rural	0
Urbano marginal	1
Urbano	2

Actividades en su tiempo libre	Puntaje
Ninguna	0
Duerme	0
Deportes	1
Ve TV, lee, Internet	2
Pasea con amigos	3

Principal actividad laboral	Puntaje
No trabaja	0
En el campo	1
Ama de casa	1
Negociante	2
Institución pública/privada	3

Organizaciones sociales a las que pertenece	Puntaje
Ninguna	0
Clubes	1
Sindicatos	1
Grupo	1
Asociaciones	1

NIVEL ECONÓMICO. Puntajes internos de cada indicador

Promedio de ingreso económico mensual	Puntaje
No recibe ingresos	0
Menos de 465 soles	1
466 - 930 soles	2
931 – 1395 soles	3
1396 soles a más	4

Servicios con los que cuenta la vivienda	Puntaje
Agua	1
Desagüe	2
Electricidad	3
Cable	4
Internet	4

Principal material de la vivienda	Puntaje
Esteras	0
Piedra con barro	1
Adobe	2
Madera	3
Ladrillo- cemento	4

Pertenencia de la vivienda	Puntaje
Familiar	0
Propia por invasión	1
Alquilada	2
Propia pagándose a plazos	3
Propia pagada	4

NIVEL CULTURAL. Puntajes internos de cada indicador

Idiomas que domina	Puntaje
Castellano	1
Quechua –Castellano	2
Castellano – Ingles	3
Castellano – Ingles y otro.	4

Preferencia de programas de TV	Puntaje
Dibujos	1
Novelas	2
Películas	2
Series	3
Noticias	4

Medios de Información	Puntaje
Amigos, vecinos	1
Tv , cable	2
Radio	2
Internet	3
Periódico	4
Grado de instrucción	Puntaje
Ninguno	0
Primaria	1
Secundaria	2
Superior Técnico	3
Superior Universitario	4

NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL. Puntajes obtenidos de sumar de valores del nivel social, nivel económico y nivel cultura de cada individuo.

NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL					
CATEGORIA	Nivel Social	Nivel Económico	Nivel Cultural	Suma de Puntajes por	RANGO DE PUNTAJE
Medio-alto	12-15ptos	19-26ptos	12-16ptos	NS+NE+NC	42 - 57 Puntos
Medio	8-11ptos	13-18ptos	9-11ptos	NS+NE+NC	29 - 41 Puntos
Bajo	4-7ptos	7-12ptos	6-8ptos	NS+NE+NC	16 - 28 Puntos
Muy Bajo	0-3ptos	1-6ptos	3-5ptos	NS+NE+NC	04 - 15 Puntos

Anexo 04. Construcción de los Límites De Confianza Según La Escala de Estaninos

La escala de estaninos es una escala normalizada de 9 unidades, con media 5 y desviación 2 que sirve para

dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de las variables.

Escala de estaninos

Fórmula: $\bar{X} \pm 0.75 (Sx)$

Donde: \bar{x} = media

Sx = desviación estándar

Límites de confianza para la distribución de puntajes en categorías

PUNTAJE MÍNIMO= 4ptos

PUNTAJE MÁXIMO= 57 ptos

$$a = \text{media} - 0.75 (Sx) = 15$$

$$b = \text{media} + 0.75 (Sx) = 28$$

$$c = \text{media} + 0.75 (Sx) = 41$$

1ª Categoría **MUY BAJO**: puntaje mínimo hasta (a): 4 -15Ptos

2ª Categoría **BAJO**: mayor de (a) hasta (b):16 -28Ptos

3ª Categoría **MEDIO**: mayor de (b) hasta (c):29 -41Ptos

4ª Categoría **MEDIO ALTO**: mayor de (c) hasta el puntaje máximo: 42-57Ptos.

Anexo 05. Fotos de la Investigación



Foto N° 01. Recolección de datos zona rural



Foto N° 02. Entrevista a poblador de la zona rural